

Série 1 FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON N° 488

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE MÉDICO-LÉGALE

DE

LA PENDAISON

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 10 Août 1883

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

J.-L. HENRI PELLIER

Né à Eclaron (Haute-Marne)

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE



LYON

IMPRIMERIE NOUVELLE

52, Rue Ferrandière, 52

—
Juillet 1883

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE MÉDICO-LÉGALE

DE

LA PENDAISON

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 10 Août 1883

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

J.-L. HENRI PELLIER

Né à Eclaron (Haute-Marne)

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE



LYON

IMPRIMERIE NOUVELLE

52, Rue Ferrandière, 52

—
Juillet 1883

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET.	}	DOYEN.
CROLAS.		
BONDET.		ASSESEURS.
MONOYER		

PROFESSEURS ET PROFESSEURS-ADJOINTS

Anatomie.	MM. PAULET.
Physiologie.	PICARD.
Anatomie générale et histologie.	MORAT, professeur délégué.
Anatomie pathologique.	RENAUT.
Médecine expérimentale et comparée.	PIERRET.
Chimie minérale.	CHAUVEAU.
Chimie organique et toxicologie.	GLÉNARD.
Physique médicale.	CAZENEUVE.
Zoologie et Anatomie comparée	MONOYER.
Pharmacie	LORTET.
Pathologie interne.	CROLAS.
Pathologie externe.	BONDET.
Pathologie et Thérapeutique générales.	BERNE.
Hygiène	LÉTIÉVANT, professeur-adjoint.
Thérapeutique	MAYET.
Matière médicale et Botanique.	ROLLET.
Médecine légale.	SOULIER.
Médecine opératoire	CAUVET.
Cliniques médicales	LACASSAGNE.
Cliniques chirurgicales.	PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	TEISSIER.
Clinique ophtalmologique.	LÉPINE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAMBAUD, professeur-adjoint.
Clinique des maladies mentales	OLLIER.
	TRIPPIER (LÉON).
	BOUCHACOURT.
	DELORE, professeur-adjoint.
	GAYET.
	GAILLETON.
	X...

COURS CLINIQUES COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Femmes.	MM. LAROYENNE, chargé du cours.
Clinique des Maladies des Enfants.	PERROUD, chargé du cours.

AGRÉGÉS			CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ	
MM. ARLOING.	MM. LEVRAT.	MM. VINAY.	MM. BERGEON.	MM. DRON.
BOUVERET.	PERRET.	VINCENT.	CHANDELUX	MARDUEL.
DUCHAMP.	SICARD.		COLRAT.	MOLLIÈRE.
LAURE.	J. TEISSIER.		CHARPY.	R. TRIPIER.

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire, Agent comptable

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. LACASSAGNE, président; M. MORAT, assesseur; MM. R. TRIPIER et PERRET, agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MES SOEURS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LACASSAGNE

A MES MAÎTRES

DANS LES HÔPITAUX

INTRODUCTION

L'une des questions les plus communes, parmi celles qui intéressent à un haut degré le médecin requis par la justice, est l'histoire de la pendaison. Celle-ci, depuis les nombreux et importants travaux qui ont été publiés tant en France qu'à l'Etranger à ce sujet, et parmi lesquels nous citerons, en premier lieu, l'ouvrage du regretté professeur de la Faculté de Médecine de Paris, M. A. Tardieu, paraissait devoir être complètement élucidée. Il n'en est rien, car la multiplicité des signes que l'on rencontre dans ce genre de mort, et l'importance des recherches judiciaires auxquelles il donne lieu, permettent d'affirmer que cette histoire est encore très incomplète. Aussi, M. le professeur Lacassagne, qui a fait à cet égard un grand nombre de remarques intéressantes, et donné quelques indications nouvelles, nous a-t-il

conseillé d'aborder ce sujet pour en faire l'objet de notre Thèse inaugurale.

Dans ce travail bien imparfait, après un court aperçu historique qui en forme le premier chapitre, dans lequel nous avons fait ressortir la confusion qui a longtemps existé entre la pendaison et les autres modes d'asphyxie, nous avons étudié dans un second chapitre les principales causes de la mort par pendaison, que nous avons démontrées pouvoir se produire de cinq manières différentes : par asphyxie, par apoplexie cérébrale, par le déplacement et les fractures des vertèbres cervicales, par la compression des vaisseaux du cou, et par la compression et le tiraillement des nerfs pneumogastriques.

Le troisième chapitre traite des signes de la mort par pendaison, de leur appréciation et de leur valeur, il renferme un tableau synoptique complet, de tous ceux que nous avons pu observer.

Nous terminons dans un quatrième chapitre par quelques renseignements statistiques qui nous ont paru intéressants et avaient dans ce travail leur place marquée.

Nous sommes heureux, avant d'entrer en matière, de témoigner l'expression de notre plus vive gratitude à M. le professeur Lacassagne, qui nous a inspiré l'idée de cette Thèse, et a mis à notre disposition, pour nous faciliter notre tâche, non seulement les magnifiques ressources de son Laboratoire, mais encore l'appui de ses conseils bienveillants et éclairés.

Que M. le docteur Coutagne veuille bien agréer ici l'hommage de notre profonde reconnaissance,

pour les avis qu'il nous a communiqués et les leçons qu'il nous a données.

Dans un autre Laboratoire de la Faculté, où nous avons reçu le meilleur accueil, M. le professeur Morat nous a indiqué les difficultés de notre analyse physiologique des causes de la mort par pendaison et communiqué en même temps des observations du plus haut intérêt ; qu'il veuille bien recevoir ici l'expression de nos remerciements.

Enfin, nous remercions chaleureusement nos collègues et amis MM. Gremaud et A. Menu, dont le dévouement nous a facilité beaucoup nos recherches dans les ouvrages étrangers.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554212_0035

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE MÉDICO-LÉGALE

DE LA

P E N D A I S O N

CHAPITRE I

Historique et définition

Il ne sera peut-être pas inutile, avant d'aborder l'étude de la pendaison et des problèmes qui s'y rattachent, de rappeler en quelques mots les différentes phases par lesquelles a passé cette question si pleine d'intérêt, avant d'acquérir l'importance méritée qu'elle donne actuellement, d'un commun accord, tous les médecins légistes français et étrangers.

Sans nous arrêter à l'historique spécial de la pendaison, genre de mort très commun, qui, de même que la strangulation remonte certainement à la plus haute antiquité, nous analyserons rapidement,

en suivant autant que possible l'ordre chronologique, les principaux écrits qui ont été publiés à ce sujet.

Quoique dans tous les temps les médecins se soient occupés des différentes questions relatives à la médecine légale, et qu'ils aient d'ailleurs été souvent consultés par les magistrats sur les cas contentieux qui pouvaient intéresser la vie et la sûreté publique, cependant, les observations étaient rarement recueillies, les principes restaient épars, les idées confuses; on n'avait pas songé à les réunir, à les grouper pour en former un corps particulier de doctrine.

Aussi, ne faudra-t-il pas s'étonner de ne trouver dans les livres des anciens aucun document relatif au sujet qui nous occupe en ce moment. Il n'en n'est fait aucune mention spéciale dans les œuvres d'Hippocrate, de Celse et de Galien. Zacchias (1) et Morgagni (2) en rapportent quelques faits isolés et l'on peut dire que l'histoire de la suspension n'occupe qu'une place très restreinte, sinon nulle dans l'ancienne médecine légale.

Le moyen âge et les médecins arabes ne laissèrent rien qui montre que cette étude ait été abordée par eux.

Ce fut Ambroise Paré, qui, le premier, en 1561, publia un *Traité des Rapports* et décrivit avec assez de précision les effets de la suspension et de la strangulation en y joignant quelques préceptes sur les signes qui distinguent la pendaison faite pendant la vie de celle produite sur le cadavre.

(1) Zacchias. *Questiones medico-légales*, Lugduni, t. III.

(2) Morgagni. *De Sedibus et Causis Morborum*. Ep. XIX.

Il faut arriver ensuite vers le milieu du XVIII^e siècle pour trouver, dans un excellent mémoire de Louis, sur une question anatomique relative à la jurisprudence, des idées nouvelles sur les causes et les effets physiologiques de la pendaison et le récit d'observations intéressantes, à l'aide desquelles il s'efforce de démontrer les signes qui pourront faire reconnaître la mort violente ou le suicide dans l'examen du cadavre des pendus.

Au commencement de ce siècle, Mahon, dans son traité de médecine légale, s'étend assez longuement sur la pendaison, les signes qui aident à la reconnaître et les conséquences que l'on doit en tirer au point de vue judiciaire. Mais, pour lui, la suspension et l'étranglement donnent lieu aux mêmes phénomènes; il n'a pas songé à traiter séparément ces deux questions. Il a seulement le mérite d'avoir, un des premiers, recherché et exposé dans un traité classique les moyens propres à distinguer dans la pendaison le suicide du crime.

Quelques années après, en 1813, parurent les œuvres très complètes de Fodéré. Après avoir cherché, à l'aide de faits nombreux, à mettre en lumière les causes et les effets physiologiques de la pendaison, et formulé ensuite de sages préceptes sur la conduite à tenir dans l'examen cadavérique des pendus, cet auteur s'attache à discuter et à résoudre quatre grandes questions encore incomplètement traitées : la pendaison sur le vivant et après la mort, la distinction entre la pendaison suicide et la pendaison homicide, la différence entre l'étranglement sim-

ple et l'étranglement par suspension, la distinction de la mort par étranglement de la mort par suffocation. Les considérations exposées dans l'ensemble de son chapitre ainsi nettement divisé, et surtout celles qui se trouvent dans les deux derniers paragraphes, ne contribuent pas peu à jeter de nouveaux traits de lumière sur l'étude de la pendaison, genre de mort qu'on avait volontiers confondu jusque-là avec les autres modes d'asphyxie.

Nous trouvons encore dans les mémoires de Chaussier, publiés quelques années après, des considérations sur la manière de procéder à l'ouverture des cadavres dans les expertises judiciaires et le compte rendu d'une expertise faite par lui où sont exposés avec quelques détails les signes extérieurs et intérieurs propres à aider à la distinction du suicide et de l'homicide dans la pendaison.

Citons également les travaux de Poilroux, qui réunit dans un des chapitres de son *Manuel de médecine légale*, les principales idées émises par les auteurs dont nous venons de faire mention. Là existe toujours la même confusion entre la pendaison et la strangulation.

Nous arrivons alors en plein xix^e siècle. Des ouvrages importants de Devergie et d'Orfila vont sortir des discussions intéressantes et des enseignements profonds propres à éclairer l'expert et à lui faciliter la solution des questions épineuses.

Orfila (1823) dit, en commençant, que les mots strangulation et suspension ne doivent pas être confondus, attendu que la strangulation consiste en une

compression exercée sur une étendue plus ou moins considérable du cou, que le corps soit couché, assis, à genoux, debout, les pieds posant sur le sol ou sur un autre corps solide, ou bien suspendu au moyen d'un lien, les pieds ayant quitté le sol. D'où il suit que la strangulation ne suppose pas nécessairement la suspension. Il a le tort d'ajouter que la pendaison est toujours accompagnée de strangulation. Il convient que l'acceptation de ces deux mots n'est pas la même, mais il traite néanmoins ces deux genres de mort dans le même article, prétextant l'identité qui existe entre les causes déterminant les phénomènes qui s'y rapportent.

Comme dans les traités précédents, il s'efforce, dans le cours de son chapitre sur la pendaison et la strangulation, de résoudre les deux grands problèmes relatifs à cette question, à savoir : La distinction de la pendaison faite pendant la vie de celle qui a été produite après la mort, et la recherche du suicide ou de l'homicide dans ces deux genres de mort. Il joint un grand nombre de faits et d'observations à l'appui de ses assertions, et dans les opinions qu'il émet, il se trouve fréquemment en désaccord avec les idées de Devergie.

Devergie (1840) dans son *Traité de médecine légale*, tout en rapprochant dans le même chapitre la strangulation et la pendaison, semble néanmoins vouloir établir une distinction réelle entre ces deux genres de mort quand il dit : « Suivant nous, il y a suspension toutes les fois qu'un lien placé au cou retient suspendue une partie ou la totalité du corps. Il

ya strangulation toutes les fois que le corps étant placé dans quelque position que ce soit, une compression a été exercée sur le cou de manière à s'opposer à l'entrée de l'air dans les voies respiratoires. Certes, un individu suspendu peut mourir de l'étranglement exercé sur le cou par le lien de la suspension, mais ce n'est pas moins un pendu : c'est une pendaison. » Et il ajoute encore : « Tout le monde connaît très bien cette locution, quand on dit en parlant d'un assassin à l'égard de sa victime, il l'a pendue ou il l'a étranglée. Pourquoi confondre les deux significations entre elles ? Cela pourrait devenir la source d'erreurs judiciaires et n'offre pas d'avantages pour le langage médico-légal. Ensuite, dire que la suspension est toujours accompagnée de strangulation, c'est exprimer une erreur. »

Malheureusement, tout en exposant si clairement sa doctrine, cet auteur paraît sinon se contredire, du moins mettre en doute ce qu'il va exprimer, quand il débute son chapitre par ces paroles : « La pendaison et la strangulation sont ici réunies, parce qu'il y a la plus grande analogie entre ces deux genres de mort, qui ne diffèrent que par le mode d'exécution. »

Cependant, il convient de remarquer que dans les différentes parties de ce chapitre, auquel il donne un double titre, l'auteur semble s'attacher spécialement à retracer une histoire étendue de la pendaison sans paraître s'occuper de la strangulation.

En 1851, M. Durand-Fardel, dans un article intitulé suspension et strangulation (1), cherche à séparer

(1) *Supplément au Dictionnaire des Dictionnaires*, Paris (1851).

l'une de l'autre ces deux questions, toujours confondues. Il fait entrer dans sa définition une remarque ingénieuse, tirée de l'action particulière du lien qu'il oppose dans la strangulation et dans la pendaison. C'est que chez les pendus, la compression est exercée par une force tendant à se rapprocher de l'axe du cou et à l'aide d'un lien serrant *inégalement* sur les divers points de sa circonférence, tandis que la strangulation s'opère par une force agissant perpendiculairement à l'axe du cou et à l'aide d'un lien serrant *également* sur tous les points de la circonférence.

Mais, c'est à M. le professeur Tardieu que revient l'honneur d'avoir renfermé dans ses limites propres l'histoire de la pendaison, traitée confusément par les auteurs, et d'avoir donné, le premier, de ce genre de mort, une description exacte et complète en le dégageant entièrement des autres modes d'asphyxie auxquels on l'avait rattaché jusque-là.

L'éminent praticien donne la définition suivante de la pendaison :

« C'est un acte de violence dans lequel le corps pris par le cou dans un lien attaché à un point fixe et abandonné à son propre poids exerce sur le lien suspenseur une traction assez forte pour amener brusquement la perte du sentiment, l'arrêt des fonctions respiratoires et la mort. »

Après quelques considérations générales sur l'état de la question historique et les effets de la pendaison, l'auteur décrit magistralement les signes tirés de l'examen extérieur et de l'examen des organes internes des individus morts par pendaison. Il recherche

ensuite les moyens propres à distinguer le suicide de l'homicide, dans les cas de pendaison, joignant à ce paragraphe un très grand nombre d'observations choisies et d'observations personnelles, et il termine ensuite par quelques réflexions sur la pendaison accidentelle.

De nos jours, le Manuel complet de Briand et Chaudé, reproduit fidèlement les idées professées par Tardieu.

Enfin, M. le professeur Lacassagne, dans son *Précis de Médecine judiciaire*, publié en 1878, admet la définition donnée par Tardieu, et insiste surtout sur l'examen des lésions du cou qui, avant toutes choses, doivent attirer l'attention du médecin-expert dans l'examen de cadavres de pendus.

Il rapporte, en outre, dans le cours de médecine légale professé à la Faculté de médecine de Lyon, pendant le semestre d'été 1883, une foule de détails circonstanciés et d'observations curieuses relatives aux signes variés que l'on rencontre chez les pendus après la mort, tels que : extravasations sanguines, sugillations, ecchymoses, purpura et lividités de toutes sortes.

Nous rappellerons, en terminant, les réflexions si justes de Tourdes sur la pendaison, qui sont renfermées dans son article du *Dictionnaire encyclopédique*, sur la strangulation : « Il importe, en médecine légale, de séparer nettement la strangulation de la pendaison, bien que la seconde ne soit qu'une forme de la première, mais elle en diffère par son mécanisme et par ses causes.

« Dans la pendaison, c'est le poids du corps suspendu en totalité ou en partie qui détermine la compression du cou, l'interruption des fonctions vitales et la mort; dans la strangulation, c'est l'action directe de la main ou du lien qu'elle applique et qu'elle serre; l'une appartient plus spécialement à l'histoire de l'homicide, l'autre à celle du suicide, et bien loin de les confondre dans une description commune, on doit s'attacher, avant tout, à établir entre elles un diagnostic différentiel. »

Dans cet aperçu historique succinct de la pendaison, nous n'avons compris que les traités et les ouvrages les plus importants; il faudrait, pour être complet, mentionner encore des articles de journaux, spécialement ceux qui sont rapportés dans les *Annales d'hygiène et de médecine légale*, des faits isolés, des observations particulières, intéressantes, que nous aurons maintes fois à consulter dans le cours de ce travail.

De même, à l'étranger, il a paru surtout dans les temps modernes, soit dans des traités didactiques, soit dans des mémoires originaux, de nombreux et importants travaux sur cette question. Nous citerons, en Allemagne, les œuvres de Cooper, parues en 1862; le nouveau traité d'Hofmann, traduit récemment en France par le docteur Emmanuel Lewy; et le *Grand Compendium de médecine légale*, de Maschka, où se trouvent réunies et longuement exposées toutes les idées nouvelles à ce sujet.

Enfin, les travaux de Taylor, en Angleterre, et de Tamassia, en Italie, sont venus ajouter de nombreux matériaux à l'étude de cette question déjà

débrouillée, mais encore incomplètement élucidée de la pendaison en médecine légale.

Ce court aperçu historique suffit pour montrer que l'histoire de la pendaison s'est constituée lentement et avec peine, attendu qu'on a longtemps regardé comme synonymes ces trois termes : pendaison, strangulation, suffocation. Et c'est seulement dans ces derniers temps que les médecins légistes ont songé à simplifier cette question si importante, mais dont l'étude est encore bien imparfaite ; car il reste à savoir, en dehors des problèmes qui se posent naturellement dans un pareil cas, quelles sont les véritables causes de la mort par pendaison, et les effets immédiats ou consécutifs produits par ce genre de mort.

CHAPITRE II

Des causes de la mort par pendaison et des effets immédiats et consécutifs observés dans ce genre d'asphyxie.

L'étude des causes de la mort par pendaison offre un très grand intérêt, car elle nous explique, dans une certaine mesure, pourquoi un très grand nombre d'individus suspendus dans des positions telles que les parties inférieures du corps reposaient largement sur le sol, n'ont jamais pu se délivrer de leur lien et revenir à la vie, tandis que d'autres ont survécu parfois plusieurs heures à leur suspension et n'ont rendu le dernier soupir qu'après avoir été longtemps tourmentés par les bourreaux.

On a cru pendant longtemps que les pendus, de même que les étranglés ne mourraient que par défaut de respiration. De nos jours encore, la pendaison est rangée au nombre des genres de mort par asphyxie. Néanmoins, les anciens avaient déjà découvert certains faits qui, plus tard, ont été mis en lumière par

des expériences célèbres et des observateurs attentifs, et à l'aide desquels on arriva à démontrer que la mort, dans la pendaison, ne devait pas être rattachée exclusivement à l'occlusion des voies respiratoires, et qu'on avait à considérer également la compression probable de certains organes ou plutôt de certaines parties de la région sur laquelle le lien exerçait son action.

On a attribué jusqu'ici la mort dans la pendaison à cinq causes différentes :

L'asphyxie;

L'apoplexie cérébrale;

La compression des vaisseaux du cou et l'anémie cérébrale qui en dépend;

Les déplacements ou fractures des vertèbres cervicales et la compression de la moelle qui en est la conséquence;

La compression des nerfs vagues.

Nous allons étudier successivement et à part ces diverses causes, tout en admettant qu'elles peuvent intervenir simultanément pour concourir à l'extinction de la vie chez les pendus.

I. ASPHYXIE

L'idée de mort par asphyxie, dans la pendaison, est sans contredit la première qui s'offre naturellement à l'esprit, bien que, dans certains cas, comme nous le verrons dans la suite, principalement chez les suppliciés, redoutant l'insuffisance du lien constricteur

on ait eu recours à des moyens violents pour hâter la mort du patient.

La plupart des auteurs modernes et contemporains ne regardent pas, il est vrai, l'occlusion des voies respiratoires et le manque d'oxygénation du sang qui en résulte, comme la cause unique et immédiate de la mort par pendaison ; mais tous y rattachent une certaine importance, et les expériences faites à ce sujet ont montré que cette occlusion joue un grand rôle dans le plus grand nombre des cas. C'est ainsi qu'on a lié le cou d'un chien avec une corde et on l'a suspendu, après avoir pratiqué à la trachée-artère une ouverture par laquelle l'air pouvait librement entrer dans les poumons et en être expulsé. Au bout de trois quarts d'heure, l'animal a été détaché, et il n'a pas paru avoir beaucoup souffert de l'opération. On lui a serré ensuite la corde au-dessous de l'ouverture faite à la trachée et on l'a pendu de nouveau ; il est mort alors en quelques minutes ; partant de ce principe qu'en expérimentant sur des chiens, on doit pouvoir annihiler les effets de la pendaison en pratiquant une ouverture à la trachée, on entreprit également de sauver des criminels de cette manière. Taylor rapporte à ce sujet un cas très remarquable : « Un boucher de Londres, nommé Gordon, fut exécuté à Tyburn, en 1733. Le docteur Chovell, dans le but de sauver cet homme, lui fit avant l'exécution une ouverture à la trachée, y plaça une canule d'argent, et s'assura qu'il pouvait respirer librement même en fermant la bouche et les narines. Après qu'on l'eût pendu, il resta en vie encore quelque temps, tandis

que d'autres criminels, exécutés en même temps, périrent rapidement. Néanmoins, il succomba trois quarts d'heure après, probablement par suite de phénomènes que nous aurons lieu d'étudier dans les paragraphes qui suivent. — Malgré ces faits très significatifs, on est tout étonné de voir, quelques années plus tard, le célèbre Louis s'exprimer de la manière suivante: « La plupart des auteurs ont prononcé sur la cause de la mort des pendus en la mettant dans la classe des suffocations, et rien n'est si peu conforme à la vérité que cette allégation. Les pendus ne meurent pas faute de respiration, c'est-à-dire que la cause de leur mort ne dépend pas, comme on le croit vulgairement, de la respiration primitivement interrompue par le lien qui leur serre le col. Cette fonction subsiste jusqu'à la fin, et ils meurent vraiment apoplectiques par la compression des veines jugulaires. La corde, surtout dans ceux qui se pendent eux-mêmes, n'agit point du tout sur le conduit de l'air » (1).

Quoi qu'il en soit, sans être trop absolu à cet égard d'une manière ou de l'autre, on peut avancer facilement que l'interruption de l'entrée de l'air dans les organes respiratoires a certainement une très grande part dans les effets de l'étranglement et de la suspension. — Cette considération n'est pas inutile à la pratique tant pour le choix des secours à administrer à ces asphyxiés que pour les inductions médico-légales à tirer de l'inspection des poumons.

(1) Louis, *Mémoire sur une question anatomique relative à la jurisprudence*.

Mais, si l'on admet généralement l'asphyxie comme une des causes importantes de la mort par pendaison, on est loin d'être d'accord sur le mécanisme de ce mode d'asphyxie.

Sachant d'ailleurs que la position du lien autour du cou peut varier dans les différents cas, on peut établir à ce sujet diverses hypothèses. Deslandes et Fleischmann pensent que l'individu périt asphyxié, si le lien est appliqué au-dessus de l'os hyoïde, parce que toutes les parties molles qui avoisinent la base de la langue, c'est-à-dire qui constituent le plancher buccal, refoulent celle-ci en arrière, de telle sorte que l'épiglotte vient se presser contre la paroi postérieure du pharynx et oblitérer ainsi l'ouverture supérieure du larynx. Pareil phénomène aurait lieu également quand le lien est appliqué entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde. Hofmann, de Vienne, pense également que l'occlusion des voies respiratoires n'a pas lieu par la constriction du larynx et de la trachée, mais bien par un refoulement de la base de la langue qui vient s'accoler à la paroi postérieure du pharynx et qui est en même temps poussée en haut. Il a constaté le fait au moyen de coupes longitudinales et verticales entreprises sur des cadavres de pendus congelés. Mais il a oublié de parler de la situation de l'épiglotte. Devergie se refuse à admettre l'explication de Deslandes et de Fleischmann. Il croit que si la base de la langue est refoulée en arrière, elle ne doit jamais venir se placer entre les dents dans ce genre de pendaison. Il a appliqué des liens sur le cou de cadavres et, dans plusieurs cas, a fait sortir la langue de la

bouche, alors que le lien était placé au-dessus de l'os hyoïde. Dans un tableau d'observations de suspensions volontaires publiées dans son ouvrage, on peut voir que :

Sur sept observations, dans lesquelles le sillon était situé au-dessus de l'os hyoïde, ou au-devant même de ce dernier, on trouva :

- 1 fois la langue derrière les arcades dentaires ;
- 2 fois la pointe comprimée entre les arcades ;
- 2 fois la bouche béante ;
- 1 fois la langue sur les lèvres.

Et sur 12 observations dans lesquelles le sillon était situé entre le larynx et l'os hyoïde :

On trouva deux fois la langue en arrière des dents. D'autre part, sur huit observations personnelles où nous avons noté le sillon au-dessus du cartilage thyroïde, nous avons trouvé, trois fois seulement la langue en arrière des arcades dentaires.

Il ne faut donc pas croire que la langue se trouve si souvent rétractée en arrière des arcades par le fait de l'action du lien constricteur, même quand celui-ci est appliqué au dessus du larynx ; et les statistiques démontrent que c'est là le cas le plus fréquent. Tardieu, réunissant un total de 143 cas, a trouvé le sillon entre le menton et le larynx, c'est-à-dire au-dessus de ce dernier . . . 117 fois

Sur le larynx. 23 fois

Au-dessous du larynx. . . . 3 fois

En présence de ces constatations, d'une part, et de l'inconstance du rapport prétendu entre le point d'application du lien sur le cou et la position de la

langue, d'autre part, il est difficile de se rendre compte exactement de la façon dont se produit l'asphyxie dans la pendaison. Il est seulement certain que celle-ci se produira d'autant plus vite que la fermeture du larynx sera plus complète. Et en cela, non seulement la disposition du lien autour du cou, mais aussi la forme, la nature et les dimensions de ce dernier devront être considérées attentivement. De plus, il faudra tenir compte également de la constitution anatomique de la région, car on a vu des cas où la surabondance du tissu adipeux et l'existence de gros paquets ganglionnaires sur les côtés du cou, s'étaient opposés à l'occlusion parfaite des voies respiratoires et par conséquent avaient permis à la vie de se prolonger, malgré une constriction forte. Il est à supposer également que si la trachée est en partie ossifiée, l'occlusion de ce conduit sera moins complète et par conséquent la mort retardée.

II. APOPLBIE

Si, dans bien des cas, l'occlusion des voies respiratoires au cou est par elle seule capable d'amener la mort rapide par asphyxie dans la pendaison, on ne peut s'empêcher d'accorder aussi un certain rôle à la compression des autres organes situés dans le cou, principalement à celle des gros vaisseaux, ce qui permet d'expliquer un certain nombre de faits curieux observés en pareille circonstance. C'est ce que la plupart des auteurs ont compris en donnant comme

causes de la mort dans la pendaison, une large part aux phénomènes cérébraux qui sont dus évidemment bien plus à cette compression qu'à l'asphyxie elle-même. Malheureusement, à une époque où la science n'avait pas encore analysé avec soin et distingué les différents symptômes qui résultent d'une lésion ou d'une altération quelconque du cerveau, on a eu le tort de ne pas préciser davantage la signification des mots : hypérémie, engorgement, apoplexie et hémorragie cérébrale, et de les employer souvent indifféremment.

La mort des pendus, des noyés et des suffoqués a été attribuée fréquemment à l'apoplexie. Il importe, avant d'établir une semblable affirmation, de bien définir ce que c'est que l'apoplexie. Trousseau, dans ses *Cliniques*, a donné de savantes explications à ce sujet, mais pour ne pas entrer ici dans le domaine de la pathologie, nous serons bref et nous emprunterons seulement au *Traité des maladies nerveuses* de Grasset une définition claire et complète : « L'apoplexie cérébrale, dit le savant professeur, n'est pas une maladie, c'est un symptôme ou plutôt un syndrome clinique, c'est-à-dire un ensemble de symptômes qu'on peut rencontrer dans diverses affections ou dans diverses lésions. La véritable définition de l'apoplexie est dans l'énumération des caractères cliniques essentiels qui la constituent et qui sont les suivants : 1° Soudaineté des accidents ; 2° généralité des phénomènes, c'est-à-dire suspension de toutes les fonctions cérébrales en en exceptant la circulation et la respiration seulement ; 3° altération spontanée

d'un ou plusieurs points du cerveau comme origine des accidents. Ce dernier caractère est typique, car l'asphyxie, par exemple, et la syncope peuvent produire des effets analogues, mais la lésion n'est pas spontanée. De sorte qu'on peut définir l'apoplexie : la cessation subite de l'action cérébrale produite par une altération spontanée d'un ou plusieurs points du cerveau avec conservation de la respiration et de la circulation. »

Est-ce là ce qu'on a lieu d'observer toujours dans la pendaison ? — Assurément, non. Au contraire, il est rare de trouver des lésions cérébrales sur les cadavres de pendus ; toutefois, on est forcé de reconnaître que certains phénomènes dus à l'apoplexie, se retrouvent chez ces derniers. Nous citerons seulement la perte rapide de connaissance qui, à part quelques exceptions, ne manque jamais dans l'un et l'autre cas. Mais, d'autre part, il ne faut pas oublier que dans la pendaison, les phénomènes apoplectiques se confondent en réalité avec ceux qui sont produits par l'asphyxie et la compression des éléments nerveux et vasculaires de la région, dont nous allons étudier les effets dans le paragraphe suivant. De cette manière, on a pour ainsi dire un état mixte d'asphyxie, d'apoplexie et d'anémie, et non l'apoplexie véritable considérée isolément et en elle-même.

III. COMPRESSION DES VAISSEAUX DU COU

L'action du lien constricteur sur les vaisseaux du cou ou la compression de ces derniers est connue depuis longtemps. Aristote disait déjà : « *Quibus in collo venæ apprehenduntur insensibiles fiunt.* »

Valsalva (1) raconte une expérience faite à Pise, en 1554, par Colombus qui, au milieu d'une nombreuse société, provoqua une défaillance subite chez un jeune homme en lui comprimant les carotides, à la grande stupéfaction de tous les assistants.

Alexandre Benedicti, professeur de Padoue, qui tenait le premier rang parmi les médecins d'Italie, à la fin du quinzième siècle, assigne pour cause de l'apoplexie la compression des veines jugulaires, et prétend avoir observé des gens qui se sont pendus les pieds touchant à terre, et qui sont morts comme les apoplectiques.

Nymann, habile professeur d'anatomie à Wittemberg, dans son *Traité de l'Apoplexie*, publié en 1629, ne croit pas que l'interception de la respiration soit la cause de la mort des pendus; il ne l'attribue qu'à la compression exacte des vaisseaux du col.

Louis, dans ses *Œuvres de Chirurgie*, dit que les pendus ne meurent pas faute de respiration, mais qu'ils succombent vraiment apoplectiques par la compression des veines jugulaires.

(1) Morgagni, *Epistolæ* XXV.

Flemming, cité par Vulpian (1), a constaté sur lui et sur d'autres personnes que la compression des artères du cou amenait un état de somnolence.

Enfin, les médecins modernes ont recommandé la compression des carotides pour couper les accès d'épilepsie.

Mais, c'est surtout par la ligature des carotides sur les animaux et sur l'homme que l'on a étudié l'influence de l'arrêt de la circulation dans les vaisseaux du cou sur les fonctions vitales.

A ce propos, nous ne pouvons passer sous silence les belles expériences faites récemment à Vienne par M. Hofmann et répétées à Paris par M. le professeur Brouardel.

EXPÉRIENCE I. — Après avoir ouvert et vidé le crâne d'un cadavre, on découvre des deux côtés du cou la carotide primitive à sa partie inférieure et on y introduit une canule qu'on fixe solidement. On fait d'abord passer un courant d'eau par les carotides pour chasser les caillots qui pourraient s'y trouver et s'assurer de leur perméabilité. On suspend alors le cadavre par une corde passée autour du cou, de façon que le corps flotte librement (il n'est pas nécessaire que le corps soit complètement suspendu; si on fait l'expérience dans la position qu'ont généralement les pendus assis, le résultat est le même). On essaie alors de faire passer un courant d'eau de nouveau par les carotides. Mais quelle que soit la pression que l'on emploie, fût-elle supérieure au poids du corps (ce qui est possible pour des cadavres d'enfants), par conséquent de beaucoup supérieure à la pression sanguine, il ne passe

(1) Vulpian, *Leçons sur l'appareil vaso-moteur*, Paris, 1875.

pas une goutte d'eau par les carotides, même si le cadavre est incomplètement suspendu.

On peut varier cette expérience de plusieurs manières. Hofmann, pour trouver la place où s'exerçait la compression des carotides, suspendait des cadavres dont les artères étaient préalablement injectées par de la substance plastique. Plus tard, après avoir opéré comme précédemment, le professeur de Vienne injectait d'abord une solution de perchlorure de fer, puis une solution de ferro-cyanure de potassium. Les deux méthodes donnèrent de belles préparations, surtout la dernière. Toute la tunique interne était colorée en bleu et la coloration s'arrêtait nette à l'endroit où avait lieu la constriction rendue imperméable par la constriction. C'était généralement presque au niveau de la bifurcation de la carotide primitive en carotide interne et en carotide externe, lieu où s'observe précisément, comme nous le verrons plus loin, la déchirure de la tunique interne de cette artère.

EXPÉRIENCE II. — M. Brouardel fit, dans ses conférences, l'expérience suivante, également très concluante :

On pendit en même temps deux lapins, l'un en lui passant simplement une anse de corde autour du cou, l'autre de la manière suivante : Après lui avoir fait une trachéotomie très large, on passa la corde derrière la trachée, de façon que celle-ci fût complètement libre et qu'il n'y eût compression que des vaisseaux du cou (1). L'animal respirait parfaitement.

(1) On ne dit pas que les nerfs vagues aient été isolés.

Les deux lapins moururent, le premier au bout de six minutes, le second au bout de vingt minutes, en présentant tous deux les mêmes symptômes, plus intenses seulement et se succédant plus rapidement chez le premier que chez le second. — Tous les deux présentèrent à l'autopsie une anémie du cerveau.

Des expériences analogues avaient déjà été faites en Angleterre, ainsi que nous le rapportons dans le premier paragraphe de ce chapitre, par Chovell, qui tenta également de sauver la vie à des suppliciés par ce moyen.

Elles prouvent que dans la pendaison la mort peut être amenée simplement par la compression des vaisseaux, mais qu'elle arrive bien plus rapidement si à celle-ci on ajoute l'occlusion des voies respiratoires qui produit en même temps l'asphyxie.

Il est bon maintenant de rapprocher de ces expériences les résultats qui ont été obtenus d'une manière générale sur l'homme par la ligature des carotides.

En consultant les principaux travaux qui ont été publiés à ce sujet, nous voyons que la ligature des carotides faite, soit pour obtenir la guérison d'anévrysmes, soit dans des cas de plaie ou d'hémorragie, soit encore comme moyen préventif, pour faciliter certaines opérations dans la région du cou, a donné en général des résultats peu satisfaisants. Aujourd'hui, d'ailleurs, on ne peut plus douter de l'inutilité et même du danger de la ligature préventive de la carotide primitive. Et dans un grand nombre de cas, la ligature a été directement la cause de la mort, en provo-

quant des accidents cérébraux, caractérisés tantôt par de l'hémiplégie, tantôt par des convulsions ou des syncopes, du coma et des accès de suffocation. De même, dans le traitement de diverses tumeurs de cette région où la ligature de la carotide primitive a été faite assez souvent dans l'espoir d'arrêter le développement ou de provoquer l'atrophie des processus fongueux, de cancers plus ou moins vasculaires, etc., les résultats ont été loin de plaider en faveur de l'opération.

Quant à la ligature simultanée des deux carotides qui se rattache davantage à notre sujet, elle a été rarement pratiquée simultanément; aussi est-il encore difficile, même dans ces cas, d'établir un rapport véritable entre les effets produits par cette double ligature faite à des intervalles plus ou moins éloignés et la compression simultanée des deux carotides dans la pendaison.

Néanmoins, nous pouvons noter que, dans ces cas, il survient habituellement des phénomènes cérébraux graves, qui doivent être sous la dépendance immédiate de l'anémie cérébrale.

Dans le seul cas où l'on ait lié dans la même séance les carotides droite et gauche, à quinze minutes d'intervalle seulement, la seconde ligature fut suivie immédiatement de coma et le malade mourut quelques heures après. — A côté de cela, un fait qui pourrait étonner, c'est que chez les animaux la suppression brusque de l'arrivée du sang dans les carotides ne produit pas généralement des symptômes cérébraux très graves, et quelquefois même n'en produit aucun.

Ainsi, A. Cooper a pu lier sur un chien les deux carotides et les deux vertébrales sans déterminer la mort; tandis que chez l'homme, comme nous venons de le voir, l'oblitération brusque des carotides seulement paraît incompatible avec la vie. Il n'en est pas de même cependant de l'oblitération lente, qui permet à la circulation collatérale de s'établir, et l'expérience a démontré que la ligature des deux carotides faite même à des intervalles assez rapprochés, n'avait pas été, dans plusieurs occasions, suivie d'accidents cérébraux graves.

Les accidents nerveux produits par la ligature des carotides sont très variables dans leur nature, leur mode de développement, l'époque de leur apparition. Tantôt ce sont de simples vertiges ou de l'engourdissement survenant au moment même de la ligature et disparaissant ensuite assez rapidement sans laisser de traces; tantôt on a de véritables syncopes et même du coma; d'autres fois, des convulsions et du délire et même de la contracture se manifestent plus au moins de temps après la ligature. Dans la pendaison, on retrouve facilement plusieurs de ces symptômes confondus avec les effets de l'asphyxie.

Si l'on étudie les faits pour rechercher quelle est la cause immédiate de ces accidents et quelles sont les lésions encéphaliques sous l'influence desquelles ils se sont développés, il semble, au premier abord, qu'on puisse les attribuer directement à l'anémie cérébrale.

Dans la ligature simultanée des deux carotides, c'est sans aucun doute le cas le plus fréquent, mais

dans la ligature unilatérale, il est probable que cette cause a agi le plus souvent d'une façon indirecte en amenant dans le cerveau des lésions anatomiques, survenant à une époque plus ou moins éloignée du moment de la ligature, comme semble le démontrer la prédominance de l'hémiplégie dans les accidents cérébraux se montrant à la suite de cette opération.

Dans la pendaison, où la compression des carotides est assez fréquemment simultanée, c'est aussi l'anémie cérébrale que l'on rencontre ordinairement à l'autopsie des cadavres, anémie qui est favorisée naturellement par la position plus ou moins verticale des pendus, tandis que des lésions spéciales, en dehors de coïncidences particulières, sont rares. L'analogie des symptômes que l'on rencontre dans l'un et l'autre cas est également très grande. Cependant, il faut avouer qu'on ne se trouve pas dans la pendaison tout à fait dans les mêmes conditions que dans la ligature des artères du cou où les veines restent perméables, car l'action du lien doit se faire sentir bien davantage encore sur les veines dépressibles et superficielles que sur les artères. Aussi, plusieurs auteurs, Devergie et Cooper entre autres, ont attribué la cause de la mort dans les pendaisons, à la fois à l'asphyxie et à la congestion cérébrale sans songer le moins du monde à l'anémie. Devergie cite un certain nombre d'observations à l'appui de son opinion.

« Dans un premier cas, où on'a trouvé un sillon passant immédiatement au-dessus de l'os hyoïde, à l'ouverture de

la tête, la dure-mère, recouverte de sang, par suite de la déchirure des vaisseaux qui en étaient gorgés. En incisant la dure-mère, on voit toute la cavité de l'arachnoïde contenant un sang épais, noir, qui lubrifie toute la surface du cerveau. Cette sorte d'épanchement est-elle le résultat des coups de marteau donnés pour casser le crâne ? toutefois il dénote un engouement cérébral. Le cerveau est peu piqué, si ce n'est à sa base.

« Dans un deuxième cas, dans lequel le sillon est situé entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde, on a le cerveau et les vaisseaux de l'arachnoïde gorgés de sang la substance cérébrale est peu piquée. »

« Dans le troisième cas, triple sillon, situé sur le cartilage thyroïde, vaisseaux de la dure-mère gorgés de sang. Entre le cerveau et ses membranes, sérosité sanguinolante très abondante, sinus longitudinal supérieur rempli d'un sang noir et fluide ; la substance du cerveau, très molle, est fortement piquée ; les substances blanches et cendrées sont très distinctes l'une de l'autre, ventricule latéral gauche distendu par une sérosité limpide ; vaisseaux de l'arachnoïde gorgés de sang, les sinus de la base du crâne entièrement remplis de sang, le cervelet très mou, très injecté. »

« Dans un quatrième cas : on a un sillon situé immédiatement au-dessus du cartilage thyroïde. Le sinus longitudinal et les vaisseaux de la dure-mère sont gorgés de sang. La substance cérébrale est très ferme ; quand on la coupe, elle laisse suinter une grande quantité de sang. »

Il est possible, en présence de ces faits et même en dehors de ceux-ci, d'admettre la congestion du cerveau dans la pendaison. En effet, on sait d'ailleurs que chez certains pendus la face est pâle, tandis que chez d'autres le visage présente une teinte violacée très accusée ; nous avons eu l'occasion de le cons-

tater plusieurs fois à l'Amphithéâtre du Laboratoire de médecine légale et on est convenu de distinguer les pendus bleus et les pendus blancs. Hofmann pense que cette différence de coloration est due à cette circonstance que les carotides ont été ou non perméables. La disposition du lien et son degré de constriction sont très variables suivant les circonstances. Les veines jugulaires étant plus superficielles et plus dépressibles que les carotides, sont toujours comprimées dans tous les cas. Mais si le lien constricteur est mou, comme c'est le cas de certains rubans ou certains foulards, ou que la constriction ne soit pas très prononcée, ce qui peut arriver, par exemple, lorsque le lien passe exactement sur le milieu du cartilage thyroïde, on conçoit sans peine que le sang puisse arriver au cerveau en certaine quantité, sans pouvoir toutefois s'en écouler, puisque les voies de la circulation en retour sont, nous l'avons dit, imperméables. Il en résulte alors une congestion du cerveau ou de la face. Emmanuel Lewy (1) dit avoir observé à la Morgue, sur un certain nombre de pendus, que le cerveau était d'autant plus congestionné que la constriction avait été moins forte.

Néanmoins, ce n'est pas là ce qu'on rencontre le plus fréquemment. Le plus souvent, comme nous l'avons déjà vu plus haut, la circulation est complètement interrompue, le pendu est pâle, et le cerveau anémié.

(1) *Thèse de Paris*, 1879.

Tel n'est pas l'avis de Tardieu (1) qui n'admet pas, il est vrai, la congestion cérébrale, comme jouant un rôle actif dans la pendaison, mais prétend que dans tous les cas les veines jugulaires internes restent libres et que la congestion cérébrale n'est pas sensiblement troublée. S'il en était ainsi, il ne faudrait pas croire à la possibilité de la congestion cérébrale dans la mort par pendaison, fait qui a été cependant démontré par les expériences de Cooper et de Devergie et par d'autres observations assez nombreuses.

Quoi qu'il en soit, le rôle de la compression des vaisseaux du cou, dans la mort par pendaison, est démontré, non-seulement par les expériences et les observations dont nous venons de parler, mais encore par l'examen attentif des symptômes et des effets immédiats ou consécutifs que l'on observe dans ce genre de mort.

C'est ainsi qu'on arrive à expliquer facilement la perte rapide de connaissance chez la plupart des pendus, circonstance des plus favorables au suicide, car on ne connaît jusqu'à présent aucun cas d'un individu qui se soit délivré lui-même de son lien, et qui se soit sauvé lui-même comme cela arrive dans beaucoup d'autres genres de suicide, la submersion par exemple, ou l'instinct de la conservation prenant le dessus, l'individu renonce à son suicide.

A l'exemple d'Hofmann et de Taylor, nous admettons donc que, dans la pendaison, la compression des vaisseaux du cou contribue beaucoup à amener une

(1) *Etude médico-légale de la Pendaison*, 1870.

mort rapide, en agissant simultanément avec les causes que nous avons déjà citées, et celles dont nous allons maintenant nous occuper.

III. DÉPLACEMENTS OU FRACTURES DES VERTÈBRES CERVICALES ET COMPRESSION MÉDULLAIRE CONSÉCUTIVE

Les annales de la science ont souvent enregistré des faits nombreux de déplacements des vertèbres à la suite d'un lieu élevé, ou d'autres traumatismes, et les détails fournis à ce sujet par des auteurs n'ont pu un instant être mis en doute. Il n'en a pas été de même quand on a émis la possibilité de la luxation des vertèbres cervicales dans la pendaison suicide ou homicide, et l'on a vu s'élever à ce sujet de longues et interminables discussions, provenant de ce qu'on se basait non sur le témoignage de l'expérience ou sur l'étude anatomique des parties, mais seulement sur de simples suppositions non justifiées par des constatations réelles, comme il arrive d'ailleurs assez habituellement en chirurgie, où l'on admet certains faits comme probables quoiqu'on n'ait pas une certitude entière pour se rendre compte de tel symptôme, de tel phénomène.

Au XVIII^e siècle, Louis (1) ayant remarqué que, dans les exécutions publiques, la mort avait lieu le plus souvent très rapidement, tandis que dans quelques cas la vie semblait vouloir se prolonger plus ou moins

(1) Louis, *loc. cit.*

longtemps, voulut savoir d'où provenait cette différence. Il apprit de la bouche même de l'exécuteur de Paris qu'on avait l'habitude aussitôt après avoir suspendu le corps d'imprimer à ce dernier des mouvements brusques de rotation qui déterminaient immédiatement la luxation des vertèbres cervicales et par suite une compression de la moelle. Il affirme alors que la luxation des vertèbres et le déchirement des parties cartilagineuses ne peuvent être que l'effet d'une très grande violence. Jamais, dit-il, dans un homme qui s'est pendu lui-même, les parties n'éprouveront un pareil désordre. Louis à la vérité ne s'est pas assuré par la dissection de l'exactitude du fait dont il s'agit. Il ne mentionne ses recherches nulle part. D'ailleurs, cette opinion sur le fait de la luxation semble avoir à cette époque acquis droit de domicile dans la science. Ainsi J.-L. Petit s'exprime de la manière suivante : « Nous observons dans presque tous les pendus, que la première vertèbre du cou est entièrement séparée de la seconde. C'est peut-être même la cause la plus propre et la plus puissante de leur mort. » Nous sommes évidemment toujours là en présence d'une opinion émise sans preuves anatomiques.

Orfila, en 1840, à propos de l'affaire Dauzats, portée devant la cour d'assises du Tarn, et qui semblait au premier abord, en s'appuyant sur les aveux des coupables offrir une preuve d'une luxation de ce genre par une main homicide et à l'aide de la suspension, a étudié à fond la question et a successivement examiné :

1° S'il est possible, à l'aide de certaines violences, de déterminer sur des cadavres suspendus, une luxation de la première ou de la deuxième vertèbre cervicale ;

2° Si l'on peut, par les mêmes moyens, produire, sur des cadavres également suspendus, des luxations, des fractures, etc., dans les autres parties de la région cervicale de la colonne vertébrale ;

3° Si la luxation de la première vertèbre sur la seconde peut avoir lieu chez une personne que des assassins auraient pendue vivante ;

4° Si, dans l'un et l'autre cas, des luxations, des fractures, etc., dans un point quelconque de la région cervicale de la colonne vertébrale inférieure à la deuxième vertèbre, peuvent être le résultat d'un suicide ou d'un homicide par pendaison ;

5° S'il existe des caractères tirés de l'état de la colonne vertébrale propres à faire reconnaître si la suspension a eu lieu pendant la vie ou après la mort.

Ce travail est assurément des plus complets. Orfila y a combattu les idées de Louis et des auteurs qui l'ont suivi et a fait à ce sujet des expériences nombreuses et variées. Il ne paraît pas avoir suivi les indications données par le bourreau au célèbre chirurgien qui était venu le consulter.

En Italie, les savants ne croyaient pas à la luxation des premières vertèbres, dans la suspension par la main du bourreau.

Ainsi, Colombus (1) nie que la tête se luxe sur les

(1) *De re anatomica* (1562).

pendus, d'après ses propres observations, très nombreuses. Il assure que telle est la force du ligament qui s'y oppose, qu'il a remarqué que la seconde vertèbre peut plus facilement se fracturer que se luxer, et non seulement la seconde, mais encore la première.

Valsalva et Morgagni ont vu quelquefois le larynx rompu, mais n'ont jamais observé la rupture des vertèbres, quoiqu'elles ne fussent pas luxées non plus.

Mauchard, médecin allemand, qui a étudié d'une manière toute particulière la syndesmiologie du corps humain, dit au sujet de la luxation de la nuque, qu'il n'y avait pas l'ombre de luxation dans les vertèbres du cou sur aucun des sujets qu'il disséqua, quoique les bourreaux eussent abaissé leur tête avec la plus grande violence, et pendant longtemps.

On a voulu encore s'autoriser des expériences faites sur les animaux pour résoudre cette question, mais tout en admettant que la luxation des deux premières vertèbres cervicales est plus facile sur les chiens, les chats, les lapins, que chez l'homme, on ne peut établir qu'il y ait identité, soit dans la forme, soit dans la structure anatomique des parties; dès lors, on ne peut tirer, par analogie, aucune induction rationnelle de ces faits, alors qu'on veut les appliquer à notre espèce.

Pour Taylor, cette cause de mort dans la pendaison est très rare, car elle est possible seulement chez les individus dont le corps est pesant, que l'on a attachés avec une longue corde et auquel l'exécu-

teura imprimé un mouvement brusque de rotation.

Delafosse, cité par Taylor, est d'avis que la luxation de l'apophyse odontoïde n'arrive presque jamais. Il estime que la fracture de cette apophyse doit être bien plus fréquente que sa luxation, et il s'appuie sur des expériences qu'il a faites. Cet auteur a vu les deux premières vertèbres cervicales complètement séparées du reste de la colonne, par le fait de la rupture du ligament intervertébral, et ayant conservé intactes leurs attaches à l'os occipital. L'apophyse odontoïde et le corps de la deuxième vertèbre étaient restés en rapport avec le corps de l'atlas.

En résumé, ajoute Taylor : « On peut admettre, je pense, que les fractures de la colonne cervicale sont plus fréquentes dans les cas de pendaison violente que les simples luxations de l'apophyse odontoïde. Maschka dit qu'il n'a jamais vu de fractures de la colonne vertébrale ou des déchirures de ses ligaments, même chez les suppliciés et qu'il n'en existe que des observations très isolées et très rares. Elles ne pourraient, dit cet auteur, survenir que si une force très considérable agissait sur le cou, et qu'en même temps la tête soit fortement fléchie en arrière.

Quant à nous, il ne nous a été donné d'observer qu'une seule fois de semblables lésions. Les observations que M. le professeur Lacassagne a bien voulu nous communiquer ne mentionnent également aucun cas semblable. Il est vrai qu'il s'agissait dans tous les cas de suicides et non de faits relatifs à la pendaison par une main étrangère.

Toutes choses égales d'ailleurs, il est évident que dans la pendaison suicide les conditions nécessaires à la manifestation de la luxation sont peu favorables. Néanmoins, on cite dans les annales de la science plus d'un exemple d'enfants qui seraient tombés raides morts, après avoir été, par forme de badinage, soulevés de terre ; ceux qui les soulevaient ayant une main sous leur menton et l'autre sur le derrière de la tête. Si dans ce cas, comme on doit le supposer, la seule pesanteur du corps d'un enfant qu'on élève doucement est capable de produire un pareil effet, à plus forte raison, la chute précipitée d'un corps qui s'élance et qu'une corde retient en l'air est-elle susceptible de déterminer la mort subite. D'autre part, on conçoit que chez des personnes âgées, d'une constitution faible et malade et sous le coup d'une influence diathésique spéciale, l'effort qui accompagne la suspension par suicide suffise pour déterminer des désordres du côté du système osseux et articulaire du rachis, capables d'amener la mort instantanée. Aussi, peut-on admettre la possibilité de la production de la luxation et peut-être même de la fracture chez un suicidé qui s'élancerait d'un peu haut et avec le nœud de la corde en avant, comme nous avons eu l'occasion de le voir une fois, à la Morgue, cette année.

On est donc loin d'avoir encore une solution exacte de ces diverses questions si importantes en médecine légale, puisque, comme nous le verrons dans la suite, elles peuvent servir à déterminer si la mort est due à un crime ou à un suicide, si l'individu a été pendu

vivant ou après sa mort, et par suite si la suffocation a eu lieu pendant la vie ou après sa cessation.

On ne trouve qu'un petit nombre d'observations ayant un peu de valeur à ce sujet, dans les traités où ces questions sont examinées. Ce sont : les observations d'Ansiaux, de Pfeffer, la mention faite par Chaussier dans ses leçons orales ; enfin, un fait signalé par Duméril à l'Académie de médecine, en 1840.

Voici l'observation apportée par Ansiaux, qui laisse beaucoup à désirer.

« Une femme robuste fut trouvée pendue à une poutre de son grenier : elle était élevée à 50 centimètres au-dessus du plancher, et à deux pas d'elle se trouvait une chaise renversée; le menton était fléchi sur la poitrine. A l'ouverture du cadavre, on vit que les deux premières vertèbres présentaient à leur partie postérieure un écartement bien remarquable; les ligaments postérieurs étaient rompus, les ligaments odontoïdiens étaient intacts; le transverse un peu remonté et distendu maintenait l'apophyse odontoïde fortement serrée contre la surface articulaire correspondante de l'atlas; la moelle épinière était lésée. »

Les désordres anatomiques indiqués dans cette observation ne paraissent pas suffisants pour établir qu'il y a luxation de la première vertèbre sur la deuxième.

« Pfeffer raconte à son tour qu'un homme fut trouvé pendu à une poutre d'environ 13 centimètres de large, de manière que la corde formait une anse qui, par une de ses extrémités, embrassait cette poutre, tandis que l'autre extrémité placée

au-dessous du menton passait derrière les oreilles pour aller se terminer vers le haut de l'occiput. Il trouva, dit-il, le visage pâle et sans bouffissure, la langue dans la bouche, les yeux dans l'état naturel; la tête était prodigieusement renversée en arrière, et il sortait beaucoup de fumée de la bouche. Il conclut, sans avoir ouvert le cadavre, que la mort avait eu lieu depuis quelques instants, que les vertèbres n'étaient pas dans leur emplacement naturel, sans dire quelles étaient les vertèbres déplacées et que la moelle épinière avait subi quelque compression. »

Il s'agit encore ici d'un fait manquant de preuves véritables, puisque l'examen anatomique n'a pas été pratiqué. Aussi, doit-on regarder également comme insuffisante une telle observation.

On peut en dire autant de l'observation de Chaussier; seul, le rapport de M. Duméril, fondé sur des constatations réelles, mériterait qu'on y attachât quelque importance.

IV. COMPRESSION DES NERFS VAGUES

Les bornes que nous nous sommes tracées ne nous permettent pas de traiter en détail cette question à la fois si épineuse et si intéressante, du rôle de la compression des nerfs pneumogastriques dans la pendaison, entrevue déjà depuis longtemps par quelques auteurs, Casper entre autres, mais encore incomplètement élucidée.

On sait que les nerfs de la dixième paire, dont la distribution anatomique seule suffirait pour prouver

le rôle capital qui leur est dévolu dans la physiologie générale de l'organisme, commandent à la fois aux fonctions respiratoires, circulatoires et digestives. De cette condition physiologique particulière, réunissant sous la dépendance d'un tronc nerveux unique trois organes différents : les poumons, le cœur, l'estomac, il résulte qu'une altération ou une lésion quelconque de ce nerf amènera nécessairement une variété et une complexité très grande dans la symptomatologie qui en sera la conséquence.

C'est dire combien il est difficile, même après avoir observé attentivement les effets que l'on rencontre dans la pendaison, de spécifier la part que l'on doit attribuer dans les causes de la mort chez les pendus, à la compression des nerfs vagues et cela d'autant plus qu'on peut facilement rattacher aux causes précédemment étudiées un grand nombre de troubles fonctionnels que l'expérience a démontré exister aussi comme manifestations fréquentes de l'altération de ces nerfs ayant une action spéciale sur deux organes atteints précisément par deux de ces causes, l'asphyxie d'une part agissant sur le poumon et la compression des vaisseaux du cou, d'autre part, retentissant sur le cœur.

Casper, voulant déterminer les causes de la mort rapide dans la pendaison, en signalait une qu'il désignait sous les noms de neuroparalysie, apoplexie nerveuse, paralysie cardiaque. Par là, il entendait une violence primitive exercée sur le système nerveux central ou périphérique, violence dépourvue sur le cadavre de toute trace matérielle qui puisse

faire reconnaître au moins sur quelle partie du système nerveux l'action avait été exercée, de quelle façon et par quels moyens. Il faut donc éliminer ici les traumatismes qui peuvent s'exercer sur une large surface, léser la moelle et le centre respiratoire, cas dans lesquels on peut facilement expliquer la mort par une action mécanique exercée sur ces derniers.

Néanmoins, il était d'usage, dans tous les livres de médecine étrangers, d'admettre cette catégorie de la paralysie nerveuse, sans aucune indication positive, lorsque Hofmann, le premier, tenta de réunir cet ensemble de phénomènes morbides en un facteur unique, regardant comme cause première de la mort la compression des nerfs de la dixième paire.

Déjà des expériences frappantes avaient engagé les médecins légistes à suivre cette voie.

Waller (1) employait la compression du nerf vague comme anesthésique, et a vu des individus tomber par terre comme frappés de la foudre, après une pression d'une certaine durée sur ce nerf.

Thanhofer (2) a publié une étude très intéressante des effets de l'excitation mécanique bilatérale du nerf pneumogastrique chez l'homme.

Douze expériences de compression unilatérale firent voir un ralentissement du pouls et des battements du cœur, chez un jeune étudiant en médecine qui se comprimait lui-même le nerf avec l'index de

(1) *Prajer Vierteljaressch*, 1871, III.

(2) *Medic. centralblat*, 1875.

la main gauche. Enhardi par ce succès, le jeune expérimentateur essaya de comprimer avec l'index et le pouce les deux nerfs à la fois. Il perdit aussitôt connaissance et le cœur s'arrêta. L'œil fixe et vitreux, il regardait en face de lui sans répondre à l'appel de son nom. On eu beaucoup de peine à écarter du cou sa main qui gardait toujours la même position.

Suivant Brodie, auteur cité par Taylor, bien qu'un animal ne périsse pas immédiatement après la compression des nerfs du cou, cependant les effets de cette compression peuvent mettre la vie en danger. Ce physiologiste ayant placé une ligature sous la trachée d'un cochon d'Inde, la serra fortement derrière le cou. L'animal souffrit, mais il pouvait respirer et se mouvoir ; au bout de quinze minutes, on le délia et le lendemain on le trouva mort. Brodie conclut de ce fait que, selon toute probabilité, la mort est survenue par suite de la lésion de la 10^e paire.

L'opinion de Taylor était que la corde n'exerce pas une pression suffisante sur les nerfs pneumogastriques pour produire la mort. Dans le plus grand nombre des cas de suicide par suspension, le lien étant peu serré, la pression sur les pneumogastriques se trouvait être insignifiante ; et dans la pendaison violente, la saillie de la partie antérieure du cou suffisait pour empêcher les nerfs d'être comprimés au point de troubler la respiration.

Dans le courant de l'année 1876, s'appuyant principalement sur les expériences de Tanhofer, Hofmann, à la Société médicale de Vienne, appelle l'attention sur les conséquences de la compression

imprévue des nerfs vagues dans la pendaison. Deux ans après, dans son traité classique, cet auteur formule nettement son opinion par ces paroles, que nous reproduisons ici textuellement :

« On doit tenir compte de la possibilité d'une compression des nerfs pneumogastriques, dans la pendaison, car ceux-ci se trouvent dans la même gaine que les carotides et les jugulaires. L'importance de ce nerf, spécialement au point de vue de l'arrêt du cœur, doit nous faire voir que sa compression ne peut être indifférente, et il est bon de remarquer à ce propos que Waller se servit de la compression de la 10^e paire comme moyen anesthésique. »

Il cite alors les expériences de ce dernier et celles de Tanhofer. Puis il ajoute : « Si la compression du nerf pneumogastrique par la main suffit pour déterminer des symptômes si violents, il faut les admettre encore plus dans la pendaison ; car, par le poids du corps, la compression est toujours plus forte que par le doigt et a toujours lieu des deux côtés. »

Voici, d'un autre côté, l'opinion de Maschka à ce sujet :

« Pour ce qui est de la pression sur le pneumogastrique, survenant en même temps que la compression des vaisseaux du cou, je crois qu'on ne doit lui accorder aucune importance spéciale dans la mort par pendaison, parce qu'il devrait y avoir un arrêt du cœur immédiat, ce qui n'arrive pas après toutes les pendaisons, puisque, comme nous l'avons dit, le cœur continue à battre encore pendant quelque temps.

D'après ce que nous savons, la mort arrive sans aucune douleur chez les pendus, parce que, précisément, la connaissance disparaît rapidement. Comme le cœur, du reste, conserve encore pendant quelque temps la faculté de se contracter, il est facile de comprendre pourquoi dans maints cas on réussit à sauver l'individu même après deux ou trois minutes de suspension. »

Cette dernière appréciation ne paraît pas entièrement conforme à l'idée juste qu'on doit se faire de la compression du pneumogastrique dans les cas de pendaison. En effet, là, comme pour les vaisseaux du cou, on n'a pas dans tous les cas une compression bilatérale complète ainsi que le pense à tort Hofmann. Celle-ci varie certainement avec la disposition du lien suspenseur autour du cou sa direction plus ou moins oblique, la situation du nœud de la corde et l'inclinaison plus ou moins considérable de la tête qui en résulte. Et suivant qu'elle variera, les effets seront variables également comme dans les expériences de Tanhofer. On s'expliquera alors de cette manière très facilement certaines résurrections insidieuses d'une part et certains cas de mort subite et imprévue de l'autre. Nous citerons, par exemple, le cas de l'Américain Scott, rapporté par Taylor : « Cet homme qui avait l'habitude de faire des expériences publiques de pendaison et les avait fréquemment accomplies auparavant sans danger, ne put, un jour, interrompre à volonté son expérience, et ce n'est qu'au bout de 13 minutes que les spectateurs, croyant d'abord qu'il prolongeait sa suspension pour leur plaisir, songèrent à le dépendre alors qu'il était mort. »

« Il est probable, ajoute Taylor, qu'un léger changement dans la position du lien au-dessous de la mâchoire inférieure amena sur le cou, entre le menton et le larynx une compression assez forte pour produire l'asphyxie. »

N'est-il pas plus simple d'admettre qu'un léger changement dans la position du lien aura déterminé, dans le courant de l'expérience, une compression bilatérale complète des vaisseaux et des nerfs, qui aura amené un résultat fatal immédiat?

M. le professeur Lacassagne, dans son *Précis de Médecine judiciaire*, signale aussi l'intérêt qu'il y aurait à rechercher l'état des pneumogastriques et même des ganglions du grand sympathique.

C'est aussi le moyen de se rendre compte de la manière dont se produit la mort rapide, dans bien des cas de suspension incomplète.

Il nous reste, pour compléter ces courtes notions sur le rôle de la compression du pneumogastrique, à citer les belles recherches faites en Italie récemment, par Tamassia, à ce sujet (1).

« Quel que soit le mécanisme fonctionnel que l'on veuille admettre, dit cet auteur, pour expliquer l'action nerveuse, il est certain que la compression imprévue et violente des deux pneumogastriques doit être considérée comme la cause initiale de tous les troubles qui se présentent. Il fallait donc réunir des conditions expérimentales telles que l'on pût ainsi

(1) *Rivista sperimentale di freniatria e di medicin legale*, fasc. III et IV (1880).

noter les symptômes provoqués par cette seule compression.

Dans ce but, sur des cochons d'Inde et sur des chiens, fixés les membres en dehors et liés solidement, après avoir noté soigneusement la fréquence du pouls et de la respiration, nous mettons à découvert, presque en même temps, les deux faisceaux vasculo-nerveux où sont renfermés les deux nerfs vagues, en ayant soin d'éviter les hémorragies, les traumatismes violents ou des désordres trop considérables.

Ceci achevé, avec des pinces fines, nous dépouillons les nerfs vagues de leur gaine, en ménageant celle-ci le plus possible.

Nous notons à ce moment, de nouveau, les pulsations cardiaques et le nombre de respirations. Après avoir fait écarter les lèvres de la plaie, maintenant la carotide et la jugulaire de chaque côté dans une position symétrique, au moyen d'une pince dont les extrémités sont garnies de papier mou (ceci, afin de ne pas faire de lésions et de ne pas provoquer de solution de continuité dans les nerfs), nous touchons en même temps les deux nerfs pneumogastriques et nous les comprimons d'une manière uniforme jusqu'à la fin de l'opération, de telle sorte qu'on ait tout le temps une pression constante. Nous évitons ainsi l'inconvénient qui résulte de ce que parcourant un degré toujours croissant d'intensité de compression, l'animal s'habitue à cette violence, et que par suite la symptomatologie ne soit plus exacte, la compression ne suivant plus alors la même marche que dans la pendaison et autres cas de ce genre, dans lesquels

cette même compression s'exerce sur le cou et de là sur les nerfs vagues, à la fois, subitement, et avec une intensité constante.

De cette manière, nous pouvons alors connaître et mesurer à volonté la force de compression, et noter ensuite facilement et sûrement les symptômes qui se présentent avant et après la compression.

Nous allons citer ici seulement deux des nombreuses observations faites par le savant médecin italien, ne pouvant nous étendre trop longuement sur ce chapitre.

EXPÉRIENCE I

Compression des nerfs vagues seuls

Cobaye mâle, pesant 2 kilos. — Fixé à l'appareil sans autre opération.

On note préalablement :

Pulsations cardiaques..... 125 à la minute.

Mouvements respiratoires.... 40 »

Nous découvrons les nerfs vagues et nous les isolons (petite hémorrhagie).

Pulsations cardiaques..... 130 à la minute.

Mouvements respiratoires.... 47 »

Nous comprimons ensuite les deux nerfs vagues sur un espace d'environ 8 millimètres durant 15 minutes.

Au commencement de la compression, nous remarquons un mouvement convulsif clonique de la colonne vertébrale et des membres. Les carotides qui étaient restées au fond de la plaie ressortent et battent assez visiblement.

Pulsations cardiaques..... 145 à la minute.

Respirations..... 16-18 »

Les pulsations cardiaques semblent un peu irrégulières au point de vue de la longueur des pauses. Léger frémissement à la région cardiaque. Quelques mouvements convulsifs très légers, spécialement au cou.

La compression cesse. Dans les 10 minutes qui suivent, nous avons :

Pulsations cardiaques.....	145-148 à la minute.
Respirations.....	19-21 »

Léger tremblement des membres, turgescence et vibration des carotides. Le mouvement inspiratoire est interrompu et assez profond.

Au bout d'une heure, nous avons :

Pulsations cardiaques.....	140 à la minute.
Respirations.....	18-20 »

L'animal fait des mouvements très énergiques pour se débarrasser de ses liens. L'intégrité des nerfs pneumogastriques étant constatée, nous le délivrons, et nous suturons la plaie. L'animal fait de légers mouvements de déglutition ; il court assez vivement dans la chambre. Deux heures après la délivrance, nous avons :

Pulsations cardiaques.....	135 à la minute.
Respirations.....	20-23 »

Nous remarquons ensuite que, 6 heures environ après l'opération, les pulsations et la respiration ont repris le nombre et le rythme primitif.

Les jours suivants, ils ne présentent aucune altération notable, si ce n'est la cicatrisation graduelle de la blessure qui se referme normalement vers le dixième ou douzième jour.

L'animal est tué par décapitation, vers le quinzième jour de l'opération, en état de parfaite santé. On ne remarque aucune altération des organes. L'appareil respiratoire et l'appareil circulatoire ne présentent rien d'anormal.

EXPÉRIENCE II

Compression simultanée des nerfs vagues et des vaisseaux du cou.

Petit chien, pesant 4 kilos $1/2$, assez vif.

On le fixe : Pulsations cardiaques..... 80 à la minute.

Respirations 20 —

On commence par lier les deux jugulaires externes; puis on comprend ensuite de chaque côté, dans une seule ligature, les carotides primitives, le nerf vague et la jugulaire interne.

L'opération est achevée en quinze minutes et sans accident.

La dernière ligature à peine terminée, l'animal tombe dans un profond collapsus; les membres sont étendus, la pupille est fortement ressermée, la respiration se ralentit au point d'avoir seulement cinq respirations à la minute. L'inspiration, accompagnée d'un violent sursaut des membres et du tronc, est interrompue et saccadée; elle est suivie d'une expiration soufflante. En auscultant, nous entendons des sifflements et des râles assez nombreux.

Les pulsations cardiaques, assez faibles, sont au nombre de 150°.

Les pauses sont inégales.

Nous abandonnons l'animal à lui-même pendant 25 minutes : Il ne se produit aucune modification. Les respirations ne dépassent pas 7-8 à la minute, et elles ont les caractères décrits plus haut. On a 145 pulsations à la minute. — Anesthésie générale.

Cinq heures après la ligature, l'animal reste étendu, plongé dans un sommeil interrompu par de rares inspirations profondes (5-7) accompagnées de fortes secousses des membres, de la colonne et d'un râle fort. Pulsations : 120. Une légère écume blanchâtre coule de la bouche et des narines. Refus absolu d'aliments.

Dans les heures qui suivent, nous remarquons un aggrave-
ment notable des symptômes. Le collapsus dégénère en coma.
La dyspnée est à son plus haut degré. Une heure avant la
mort, nous avons 2-3 inspirations. Anesthésie générale
presque complète. Ecume à la bouche et aux narines. —
Très faibles pulsations cardiaques. 43 heures après l'opération
l'animal expire.

A l'autopsie, on trouve : de l'anémie cérébrale, de la dis-
tension des vaisseaux thoraciques, occlusion complète des
vaisseaux liés; étreinte très forte des nerfs vagues; forte
congestion pulmonaire avec œdème; et larges taches d'em-
physème sous-pleural; distension des cavités du cœur par
l'abondance du liquide sanguin. Rien de particulier dans les
autres organes.

Suivent encore d'autres expériences, après quoi
le professeur de médecine légale de Pavie, ajoute :
« Nous voyons par là comment la ligature des vais-
seaux du cou étant faite en même temps que la liga-
ture du pneumogastrique, et cela deux ou trois
minutes environ avant la mort, nous avons eu une
occlusion complète de la trachée, et puisque le résul-
tat de ces trois circonstances n'est autre que l'effet
des conditions dans lesquelles l'animal se trouve placé
à la suite de la pendaison ou de l'étranglement ; dans
ces cas, la mort devrait arriver environ trois ou
quatre minutes après l'application du lien. Mais ces
conditions expérimentales, comme nous l'avons déjà
dit, nous ont fait voir les conditions mécaniques
propres à la pendaison et aux faits qui s'y rapportent
d'une façon un peu trop exagérée. Car, outre ce fait,
que l'action sur la trachée, sur les vaisseaux, sur les
pneumogastriques, ne sera jamais aussi violente et

aussi accusée que dans nos expériences, il faut bien savoir encore que dans la pendaison et autres faits de ce genre, l'action du lien constricteur ne se fait pas sentir seulement à tous les organes isolément, mais encore en même temps à tous les tissus musculaires, cellulaires et aponévrotiques qui opposent une grande résistance, et ainsi ne permettent qu'un degré de compression bien inférieur au précédent sur les organes qu'ils recouvrent.

En outre, dans le cas de pendaison, même en admettant que le degré initial de compression fût égal à celui que nous provoquons sur le cou des animaux, l'effet physio-pathologique par l'intermédiaire des tissus serait considérablement amoindri.

De là, on peut déduire que la durée moyenne du temps qui s'écoule du premier moment de la pendaison jusqu'à la mort (environ huit ou dix minutes), doit devenir deux à trois fois plus longue, lorsque dans l'expérience on écarte toute perte d'effet mécanique en comprimant les organes isolément et en exagérant à dessein l'énergie de la compression.

Aussi, Tamassia termine cette série d'observations par les réflexions suivantes :

« Dans le cas de mort par pendaison, étranglement, etc., on devra tout d'abord chercher à ramener la victime à la vie à l'instant même et très rapidement par des essais de respiration artificielle. Les excitants cardiaques et généraux ne devront venir qu'en second lieu, après qu'on aura fait tous les efforts nécessaires pour rétablir cette fonction de la respiration dont l'interruption est l'unique cause de la mort par pendaison. »

Puis, après une suite de considérations intéressantes, que nous ne pouvons relater ici, il arrive aux conclusions générales suivantes :

1° Les faits cliniques sur lesquels repose la doctrine de la mort instantanée par suite de la compression du pneumogastrique, dans la pendaison, n'ont jamais amené une mort aussi rapide que dans ce cas ;

2° Les troubles fonctionnels décrits dans les leçons cliniques peuvent ne pas être attribués exclusivement à l'action du pneumogastrique, mais encore à la compression des vaisseaux ou à la somme de ces deux causes ;

3° La compression digitale ainsi que celle du lien dans la pendaison ne peuvent être bien puissantes, à cause de la présence des tissus qui recouvrent les nerfs pneumogastriques ;

4° A la suite de cette compression, il peut y avoir production de phénomènes morbides, sans être pourtant mortels dans l'appareil circulatoire, l'appareil respiratoire et le larynx ;

5° Les expériences de compression des nerfs vagues faites sur les animaux prouvent que si l'on prolonge cette compression durant 5-8 minutes environ, il en résulte des troubles fonctionnels dont l'animal peut se remettre au bout de quelques jours ;

6° Les mêmes expériences prouvent que, si la compression des pneumogastriques est prolongée pendant 5 minutes et renouvelée à de courts intervalles, il y a toute probabilité que l'animal succombe vers le quatrième ou le cinquième jour, à la suite des désordres fonctionnels déterminés dans l'appareil circulo-respiratoire ;

7° Cependant, il arrive que quelques sujets soumis aux expériences dont nous avons parlé, après avoir éprouvé pendant un temps très court (5-7 jours) des troubles fonctionnels de l'appareil circulo-respiratoire, se relèvent ensuite et continuent à vivre ;

8° Lorsque la compression des nerfs vagues a été uni-

formément exercée pendant 10 minutes, il est très probable que les animaux mourront au bout de quatre, cinq et six jours. Il y en a pourtant quelques-uns qui vivent ;

9° Les phénomènes morbides principaux, qui succèdent à la compression des nerfs de la dixième paire, consistent dans la diminution du nombre des respirations, dans l'augmentation de fréquence et dans l'affaiblissement des pulsations cardiaques, c'est ce qui arrive, du reste, après la section de ces nerfs ;

10° La mort qui arrive à la suite de compression de la dixième paire se révèle par les caractères anatomo-pathologiques suivants : œdème, emphysème pulmonaire et pneumonie ;

11° Néanmoins, quel que soit le degré de compression du pneumogastrique, il est impossible qu'il puisse produire à lui seul une mort instantanée ;

12° L'examen et la vérification des conditions réelles de la pendaison et de la strangulation, nous montrent que jamais en pareil cas on ne pourra apprécier le degré ou l'intensité de la compression, comme nous le faisons dans nos expériences sur des animaux ;

13° Sur les chiens et les cobayes, l'ischémie cérébrale produite par ligature simultanée des jugulaires externes et internes et des carotides, le pneumogastrique restant intact, ne provoque pas la mort, ni sur-le-champ, ni dans le temps qui suit ;

14° Une pareille ischémie détermine un état d'anesthésie, d'adynamie, de collapsus, d'où le sujet peut se tirer au bout de 10-12 jours par une irrigation plus abondante des vertébrales et des vaisseaux des parties molles du cou ;

15° L'ischémie dont nous venons de parler unie à la compression ou à la ligature des pneumogastriques ne peut être considérée comme une cause amenant la mort instantanée ;

16° Lorsque, tous les vaisseaux du cou étant liés à l'exception des artères et veines vertébrales, on vient à comprimer le pneumogastrique pendant cinq minutes, il y a des chances pour que l'animal survive ;

17° Lorsque, étant donné les conditions précédentes, la compression du pneumogastrique est prolongée pendant dix minutes, il est presque certain que l'animal périra au bout de cinq, sept, neuf jours, à la suite d'altérations dans l'appareil circulo-respiratoire ;

18° L'ischémie cérébrale atténue les phénomènes convulsifs qui accompagnent ordinairement la compression des nerfs vagues ;

19° Cependant, pendant ladite ischémie, la compression ou la ligature des nerfs de la 10^e paire provoque des phénomènes identiques à ceux que l'on observe dans la section de ces derniers ;

20° L'ischémie et la compression des nerfs vagues expérimentalement provoquées nous donnent une idée très exagérée, il est vrai, mais au fond exacte, de la façon dont se produisent ces phénomènes dans la pendaison et dans la strangulation ;

21° La véritable cause de mort instantanée, dans ces cas, se rapporte à l'occlusion des voies respiratoires ;

22° Par ce moyen, en cinq ou six minutes, on peut tuer des chiens de forte taille et très vigoureux ;

23° La seule compression de la trachée, que nous avons d'ailleurs pratiquée dans nos expériences, produira les mêmes effets physio-pathologiques que les autres modes d'occlusion des voies respiratoires qui peuvent se présenter dans la pendaison et la strangulation ;

24° Dans ces cas, dix ou quinze minutes d'occlusion incomplète des voies respiratoires peuvent correspondre à trois ou cinq minutes d'occlusion complète ;

25° L'ischémie cérébrale résultant de la compression des vaisseaux du cou et la compression des pneumogastriques, contribuent beaucoup à l'action fatale de l'arrêt de la respiration, soit en agissant individuellement, soit toutes les deux en même temps. — Dans ce dernier cas, ils rendent la période qui précède la mort d'environ un tiers plus courte ; et dans le cas où ils agissent séparément, ils raccourcissent d'environ un quart cette période ;

26° Une des principales conséquences de ces recherches est que la respiration artificielle doit être regardée comme le secours plus efficace dans ce genre d'asphyxie.

On ne peut donc nier, d'après tout ce que nous venons de dire, que les nerfs pneumogastriques jouent un certain rôle dans la pendaison.

Cette cause unie à la compression des vaisseaux du cou réagissant sur le centre respiratoire (*ischémie cérébrale*) et à l'exclusion de la trachée, doit nécessairement amener une mort prompte et rapide dans la pendaison. Par elle seule, elle peut produire des accidents graves, mais rarement la mort instantanée.

Nous ferons seulement remarquer que les expériences faites sur les vaisseaux ou sur le nerf pneumogastrique, mais d'un seul côté seulement, n'ont aucune valeur appréciable. Quant aux expériences de compression ou de ligature simultanée de ces troncs vasculo-nerveux, elles offrent plus de garanties. Toutefois, nous devons signaler quelques lacunes et quelques difficultés pouvant avoir une certaine influence sur les résultats obtenus.

Ainsi, dans toutes ces expériences, comme nous l'avons vu, on a employé comme mode opératoire la ligature ou la compression seule ; il nous semble que pour être rationnel, on doive ajouter à la compression au moins un léger tiraillement. (Nous rappelons qu'il s'agit ici de la pendaison seulement et non de la strangulation.) En outre, la compression des pneumogastriques dénudés avec des pinces métalliques, par exemple, est un mauvais moyen d'excitation, car

on détruit le nerf autant et plus peut-être qu'on ne l'excite. Il faudrait plutôt dénuder ces nerfs, les soulever en les tiraillant légèrement.

En second lieu, dans ces expériences, nous voyons, employés indifféremment, les cobayes et les chiens, etc. Il faut se rappeler que l'excitabilité du nerf pneumogastrique est très variable, suivant les animaux avec lesquels on opère. Nous citerons à ce propos une remarque curieuse que M. le professeur Morat a bien voulu nous communiquer. « Sur un chien, un lapin, une simple compression directe du pneumogastrique peut très bien ne pas arrêter le cœur. Sur certains animaux à sang froid (tortue terrestre), le plus léger pincement du pneumogastrique arrête le cœur d'une façon durable. Sans doute, les animaux à sang froid sont moins comparables à l'homme que le lapin et le chien, mais ces observations n'en prouveraient pas moins que, dans l'espèce, il ne faudrait pas se hâter de conclure d'après des expériences faites sur différents animaux, et encore moins de ces animaux à l'homme.

Sur ce dernier, d'ailleurs, nous ne connaissons qu'une seule expérience ayant une valeur réelle, je veux parler de l'expérience, relatée au commencement de ce paragraphe, du jeune étudiant cité par Tanhofer. Malheureusement, de pareilles expériences sont tellement dangereuses qu'on peut les regarder comme impraticables.

Enfin, nous avons dit que certains auteurs tels que Maschkea n'accordaient aucune importance spéciale dans la mort par pendaison à la pression sur le pneu-

mogastrique unie à la compression des vaisseaux du cou, pour cette raison que dans certains cas on a remarqué que le cœur continuait à battre encore quelque temps après que le corps avait été suspendu.

Nous allons rappeler ici, à ce sujet, une expérience curieuse publiée dans les comptes rendus de la Société de Biologie, par MM. Dastre et Morat (1881).

On bouche le nez et les voies respiratoires à un animal d'une façon quelconque.

Si on ausculte attentivement le cœur, on voit qu'au moment où les convulsions asphyxiques se produisent, il se ralentit considérablement et souvent s'arrête. Vient-on à couper immédiatement les deux nerfs pneumogastriques, le cœur repart aussitôt avec une très grande rapidité.

L'explication de ce fait est simple. L'asphyxie est un excitant énergétique du système nerveux, comme le prouvent les convulsions. Cette excitation est générale ; elle s'adresse aux nerfs de la vie organique aussi bien qu'aux nerfs de la vie animale, mais les nerfs de la vie organique sont le plus souvent *doubles*, en ce sens qu'à côté des nerfs moteurs, il se trouve un nerf modérateur. Suivant la prédominance fonctionnelle de l'un ou de l'autre, c'est l'arrêt ou l'exagération de la fonction qui s'en suivra lors de l'asphyxie. Mais si, au préalable, on a supprimé l'influence modératrice, c'est l'influence accélératrice qui subsiste seule ; témoin ce qui arrive du côté du cœur au moment de l'asphyxie.

On peut encore répéter la même expérience sous une autre forme, en en changeant les conditions. Lorsqu'on ouvre une grosse artère sur un animal, dans le but de le sacrifier par hémorragie, on est quelquefois surpris de voir le jet de sang s'arrêter, après quelques instants. C'est le cœur qui s'arrête et cet arrêt est dû à l'anémie bulbair agissant comme l'excitant asphyxique. Coupe-t-on rapidement les deux vagues au cou, le sang coule de nouveau parce que le cœur a repris ses battements avec une grande fréquence.

Ainsi donc, il résulte de ces expériences que, s'il y avait un moyen quelconque de constater qu'au début même de la pendaison le cœur s'arrête, on pourrait affirmer certainement que le pneumogastrique est la cause première de la mort dans la suspension à l'aide d'un lien jeté autour du cou. La compression des vaisseaux du cou, l'anémie cérébrale, etc., ne seraient que des causes secondaires.

C'est ici maintenant qu'il nous paraît bon de signaler une condition spéciale qui, si elle se présentait souvent, pourrait avoir une action assez importante sur la rapidité de la mort dans la pendaison.

Il nous semble, en effet, qu'en dehors de l'action mécanique simple, agissant dans la suspension par le cou sur le nerf vague, on doit tenir compte également des influences pathologiques pouvant se présenter à la suite d'altérations plus ou moins grandes des organes sur lesquels ce nerf exerce son pouvoir.

Nous rappellerons à ce propos l'histoire d'une malade sur laquelle M. le professeur agrégé J. Teissier, médecin des hôpitaux de Lyon, dans ses savantes leçons cliniques, professées pendant le semestre d'été 1883 à l'hospice du Perron, s'est longuement étendu.

« Il s'agissait d'un sujet ataxique atteint en même temps d'une affection cardiaque et d'une aortite chronique. Il suffisait chez cet homme de presser légèrement les parties molles du cou immédiatement en dedans des muscles sterno-mastoïdiens pour réveiller une vive douleur. Si l'on venait à presser plus fortement au même endroit, on déterminait une syncope plus ou moins accusée. Celle-ci d'ailleurs sur-

venait parfois chez ce malade en dehors de l'irritation provoquée, et par le fait seul de l'irritation du plexus cardiaque innervant des organes plus ou moins altérés. »

Nous donnons bien entendu ce fait à titre de curiosité, et sans en déduire aucune conclusion, qui d'ailleurs ne doit être fondée que sur des recherches plus nombreuses et plus approfondies.

Pour être aussi complet que possible sur le rôle des nerfs vagues dans la mort par pendaison, nous devons ajouter que l'on a aussi pensé que les nerfs périphériques, branches du pneumogastrique, et principalement les nerfs laryngés, pouvaient être comprimés dans la pendaison, et par suite de leur excitation provoquer des troubles fonctionnels assez sérieux dans ce genre de mort.

Claude Bernard a trouvé qu'on pouvait provoquer l'arrêt subit de la respiration par l'excitation traumatique du laryngé supérieur.

Tardieu a noté, comme effets consécutifs de la pendaison, des symptômes dus évidemment à la compression des pneumogastriques et particulièrement des nerfs laryngés.

« Les troubles qui subsistent après que le pendu est ranimé, dit-il, sont de deux ordres : les uns affectent les organes respiratoires et sont en rapport avec le degré de congestion qui s'est produit : difficulté de respirer, toux, crachements de sang, râles bronchiques, fièvre ; les autres, les plus remarquables, se montrent du côté du système nerveux et répondent manifestement aux actions réflexes qu'a provoquées

la constriction du cou et qui retentissent sur les centres nerveux : extinction de voix, difficulté de la déglutition, engourdissement, sensation de froid, mouvements spasmodiques, élancements douloureux dans les régions voisines du cou, la face, l'épaule, etc. »

C'est là évidemment un point de vue intéressant et qui demande à être pris en considération. Nous signalerons plus loin une observation rapportée dans la *Médecine judiciaire* de M. le professeur Lacasagne, qui vient confirmer les observations de Tardieu.

EFFETS IMMÉDIATS ET CONSÉCUTIFS DE LA PENDAISON

Nous allons maintenant ajouter à cette étude des différentes causes de la mort dans la pendaison, quelques considérations sur les effets immédiats et consécutifs de ce genre d'asphyxie.

Nous n'avons pas voulu faire de celles-ci un chapitre spécial, attendu qu'elles se rattachent directement aux théories physiologiques que nous avons exposées, et complètent en quelque sorte ce que nous venons de dire.

Les effets immédiats et consécutifs de la pendaison peuvent se résumer dans ces deux circonstances : 1° mort rapide et même instantanée; 2° persistance plus ou moins longue de la vie et sensations éprouvées par ceux qui reviennent à la vie.

Cette étude délicate et difficile des effets de la pendaison a été faite d'une part à l'aide d'expériences

sur les animaux dont nous avons parlé précédemment, et aussi par des essais tentés par des expérimentateurs sur eux-mêmes dans le but d'analyser les premières sensations que détermine ce genre de mort, enfin au moyen d'observations recueillies dans des cas de suicide avorté ou de suspension incomplète.

Voici comment Tardieu définit les effets immédiats de la suspension : « Au moment où le corps du pendu retenu par le lien s'abandonne à son propre poids, une grande chaleur se fait sentir à la tête, des sons bruyants et comme une musique éclatante retentissent dans les oreilles, l'œil voit luire des éclairs, les jambes semblent avoir acquis un poids extraordinaire, puis toute sensation s'éteint, quelquefois même, dès le premier moment, le pendu n'éprouve absolument rien ; c'est ce qu'ont affirmé, de la manière la plus positive, plusieurs suicidés rappelés à la vie, et ce qui, je suis porté à le croire, est plus fréquent qu'on ne le dit généralement : il y a dans ces cas, syncope immédiate (1). Je n'ai trouvé nulle part, dans aucune observation sérieuse, rien absolument qui autorise cette opinion, très répandue cependant, que les premiers moments de la pendaison sont marqués par une sensation voluptueuse. Ensuite, la seconde phase de la pendaison commence : elle est marquée par des convulsions (2); à cette période convulsive, qui ne

(1) Nous avons vu plus haut, en discutant le rôle de la compression des pneumogastriques, que cette dernière assertion n'est pas entièrement prouvée expérimentalement.

(2) Les convulsions constituent un symptôme propre à la mort par asphyxie en général.

manque presque jamais, succède la mort apparente, qui est bientôt suivie de l'extinction réelle de la vie».

Cœsalpin (1) rapporte que les pendus qui ne sont pas morts ont déclaré qu'ils avaient été pris de stupeur par la constriction de la corde, de sorte qu'enfin ils ne sentaient rien.

Wepfer, cité par Devergie, en parlant d'un homme et d'une femme qui avaient survécu à la suspension, démontre que la femme ayant totalement perdu le souvenir de ce qui s'était passé, était étendue comme une apoplectique, et que l'homme, après la constriction de la corde, n'avait pas éprouvé la moindre douleur, qu'il avait passé quelques heures sans sentiment et comme enseveli dans un profond assoupissement.

Morgagni (2) qui a compulsé les écrits de divers observateurs dans le but d'établir la symptomatologie de l'asphyxie par suspension, dit qu'il a appris, d'un homme grave et véridique, qu'un voleur ayant résisté à l'action de la corde du supplice, rapportait à ceux qui l'interrogeaient qu'il avait eu d'abord devant les yeux des espèces d'étincelles, et que bientôt après il ne vit rien et ne sentit absolument rien, comme s'il dormait.

Le chancelier Bacon (3), cité par Louis et encore d'autres auteurs, rapporte aussi un fait intéressant.

« Il s'agit d'un gentilhomme à qui il prit fantaisie de savoir si ceux que l'on pend souffraient beaucoup de mal ; il en fit l'épreuve sur lui-même : s'étant

(1) *Questions médicales*, T. II.

(2) *Do sedibus et causis morborum*. Lettre XIX.

(3) *Historia vitæ et mortis*.

passé, à cet effet, une corde au cou, il s'accrocha, après avoir monté sur un petit banc qu'il abandonna, dans l'espérance de pouvoir remonter dessus, quand il le voudrait, ce qui lui fut impossible, car il perdit immédiatement connaissance. Cette expérience aurait eu un résultat tragique si un ami, amené par le hasard, n'eût délivré immédiatement le patient. Le fruit d'une curiosité si bizarre a été d'apprendre qu'on ne sentait pas de douleur dans ce genre de mort. Celui qui s'y était exposé avait seulement aperçu devant ses yeux une espèce de flamme qui s'était peu après changée en obscurité, puis en couleur bleue, comme quand on tombe en syncope. »

M. Faure, correspondant de l'Académie royale de chirurgie et chirurgien de Lyon, dont Louis fait également mention, a fait dans cette ville des recherches très curieuses aussi à ce point de vue.

« Il a trouvé un homme qui s'était pendu deux fois : la première à son mouchoir roulé qu'il avait attaché à un bout de corde. On s'aperçut assez promptement de l'accident et l'on sauva cet homme, qui ne se plaignit que d'une douleur de tête et au gras des jambes. Il se pendit une seconde fois au château de Pierre-Scize, où il avait été renfermé. Il était sur le point de périr lorsqu'on entra : par des secours convenables, on le tira du fâcheux état où l'avait mis cette seconde suspension. Il en fut quitte pour des douleurs consécutives de la tête et des jambes, qui durèrent plus longtemps qu'après la première aventure. Il ne souffrit pas primitivement. »

Enfin, Fleischmann a fait sur lui-même des expériences qui peuvent encore éclairer à ce sujet.

« Si, dit-il, on place une corde entre l'os hyoïde et le menton autour du cou, on peut la serrer fortement soit de côté, soit sur la nuque, sans que la respiration soit sensiblement troublée, et l'on peut pendant longtemps continuer d'inspirer et d'expirer de l'air, ce qui est tout naturel, puisqu'en cet endroit la compression ne s'exerce sur aucun point du conduit aérien. Mais alors le visage se colore en rouge, les yeux deviennent un peu saillants, et il se développe une chaleur plus grande vers la tête, un sentiment de pesanteur, un commencement d'étourdissement, une sorte d'angoisse, et tout à coup, on entend un sifflement et un bruissement dans les oreilles. (Ce dernier symptôme, dit Fleischman, doit particulièrement fixer l'attention, car il est temps alors de cesser l'expérience; j'avoue, dit-il, que j'oserais à peine la pousser une seconde fois aussi loin). Les mêmes accidents résultent de l'application de la corde sur le larynx. Il me semble cependant que, dans ce cas, les accidents arrivent plus promptement et que la respiration éprouve un peu d'embarras. J'ai pu prolonger la première expérience pendant plus de deux minutes, tandis que dans le second essai, une demi-minute s'était à peine écoulée, lorsque le bruissement aux oreilles et une sensation au cerveau difficile à décrire, m'ont averti de cesser promptement l'expérience; cette apparition plus prompte des symptômes s'explique facilement par la pression du lien. Dans la première expérience, il reposait sur les parties latérales et sur les angles de la mâchoire inférieure, et les vaisseaux principaux du cou, ne se trouvaient soumis qu'à une compression légère, tandis que, dans le second, le lien placé horizontalement comprenait les deux côtés du cou en même temps qu'il était appuyé en dedans sur un corps solide; il n'agissait donc que mieux et plus promptement, interrompait plus facilement la respiration et produisait aussi une prompte accumulation de sang dans la tête. Si l'on serre le cou au-dessous du cartilage thyroïde, il en résulte un effet marqué, soit que la pression porte sur le cartilage cricoïde, soit qu'elle agisse au-dessus de lui sur la trachée-artère elle-

même. — Dans le premier cas, on peut respirer un peu plus longtemps; dans le second, on sent instantanément la respiration s'affaiblir, et cet état ne peut être supporté que très peu de temps. »

Nous avons tenu à rapporter cette longue observation, bien qu'elle soit en désaccord avec quelques idées que nous avons établies ou signalées dans l'étude des causes de la mort, parcequ'elle nous a paru très complète au point de vue de l'exactitude et de la précision.

La pendaison peut donc ne pas se terminer toujours par la mort rapide : on a même vu dans plusieurs cas, soit que le lien ait été sectionné de bonne heure, comme nous l'avons dit dans le récit de Faure, au sujet de ce Lyonnais qui s'était pendu au château Pierre-Scize ; soit que la corde se soit rompue, ce qui n'est pas très rare, le retour à la vie après avoir éprouvé des symptômes plus ou moins graves.

Voici, à ce sujet, deux observations curieuses, dont l'une est empruntée au *Précis de Médecine judiciaire*, de M. le professeur Lacassagne, et dont l'autre m'a été communiquée par M. le professeur Lacassagne lui-même.

OBSERVATION I. — Un brigadier de la garde républicaine avait tenté de se pendre pour un motif des plus futiles. Décroché à temps, on le rappela à la vie et il fut envoyé à l'hôpital du Val-de-Grâce. Il resta presque aphone pendant quatre jours, puis une bronchite grave survint, et au bout d'une semaine, il présentait une expectoration gangréneuse

tellement fétide qu'il fallut l'isoler et le placer dans le jardin, sous la tente. J'ai rattaché cette gangrène pulmonaire, qui a duré trois semaines, soit à une action réflexe trophique en rapport avec la secousse des centres nerveux, soit à un froissement des pneumogastriques. Au cou, le sillon a persisté pendant une quinzaine de jours (1).

OBSERVATION II. — H. T., âgé de 16 ans, condamné pour vol est envoyé dans une maison de correction, à Oullins, où un jour il se pend, parce qu'il a vu, dit-il, des individus se pendre à Saint-Etienne (2). — Il a déchiré pour cela son essuie-main, puis ayant passé un nœud coulant à la tige du timbre, il y engagea sa tête puis donna un coup de pied au baquet. La corde cassa aussitôt. Quelque temps après une ronde était faite et on le relevait. — Au cou, on apercevait un sillon presque circulaire non parcheminé, rougeâtre. Il a eu une érection et une éjaculation. C'est par terre qu'il s'est aperçu de l'érection. Il a éprouvé, dit-il, des bourdonnements d'oreilles, des scintillations devant les yeux. La pupille gauche est un peu plus dilatée que la droite. C'est de ce côté que la tête était inclinée.

Nous venons de voir quelques faits remarquables de résistance au traumatisme de la suspension. Malheureusement, ce sont des exceptions, et d'ailleurs, il faut aussi se défier de récits exagérés, apocryphes, et ne présentant pas en général des caractères d'authenticité suffisants, et n'accepter comme vrais que ceux dont on aura donné une explication claire et vraisemblable. Nous ne pouvons nous empêcher de citer, à ce propos, un exemple surprenant de persistance de la vie chez un supplicié, publié par Hofmann, de Vienne (3).

(1) Lacassagne. *Précis de Médecine judiciaire*, 1878.

(2) La pendaison par imitation avait déjà été signalée par quelques auteurs.

(3) *Wiener medizinische Wochenschrift* (1880).

« Il s'agit de l'assassin Tacacs, pendu à Raab.

« Après une suspension de dix minutes, il fut dépendu ; le médecin du tribunal constata la mort et le prétendu cadavre fut mené à l'hôpital. Mais une demi-heure après l'exécution, le supplicié revint à la vie, reprenant en partie connaissance, et il ne mourut réellement que le 15 avril au matin, d'œdème pulmonaire précédé de convulsions répétées.

« Le professeur viennois estime que la suspension doit être prolongée durant une heure, si l'on veut éviter de semblables accidents. Dans le cas en question, l'existence de gros paquets ganglionnaires aux deux côtés du cou a dû s'opposer non seulement à l'occlusion parfaite des voies respiratoires, mais aussi à la compression des gros vaisseaux du cou, qui joue son rôle dans le mécanisme de la mort par pendaison. Il trouve dans cet incident un argument en faveur de la guillotine. »

Cependant, le plus généralement et de l'avis de la plupart des auteurs, de Taylor en particulier, la mort semble arriver promptement dans la pendaison, et de plus, il ne paraît pas qu'elle soit très douloureuse ; c'est ce qui explique la grande fréquence des suicides par pendaison.

Nous devons ajouter que la durée de la vie pendant la suspension, en dehors des causes et des influences physiologiques et pathologiques que nous avons signalées déjà dans le courant de ce chapitre, varie suivant le degré de constriction, la nature du lien, sa situation autour du cou, et avec la hauteur de la chute, le poids de l'individu et enfin le plus ou moins de gravité des lésions du cou.

CHAPITRE III

Des signes de la mort par pendaison, leur appréciation et leur valeur

Les signes de la mort par pendaison, comme les causes de cette dernière doivent être considérés dans leur ensemble, et non être pris en particulier, pour arriver à des conclusions certaines ; car ils sont très nombreux, mais aussi très variables et chacun d'eux n'a qu'une valeur relative.

D'une manière générale, l'homme de l'art, appelé à faire un rapport sur un cas de pendaison, doit porter son attention sur les caractères suivants que nous avons réunis dans un tableau complet :

I. SIGNES OU CARACTÈRES TIRÉS DE L'EXAMEN AU MOMENT DE LA LEVÉE DU CORPS

1° Position du corps.	{	1° En contact avec le sol.
		2° Au-dessus du sol.
		3° En contact avec les objets voisins (meubles, murs).

2° Position de la tête	{	1° Inclinée en arrière.
		2° Inclinée en avant.
		3° Inclinée à droite ou à gauche.
3° Lien.	{	Nature, forme et dimensions.
		Situation et direction, caractères des nœuds, point d'attache.

II. SIGNES TIRÉS DE L'EXAMEN EXTÉRIEUR DU CADAVRE

Tête	{	Crâne avec blessures ou contusions.
		Crâne sans blessures.
		Face colorée ou violacée.
		Face pâle.
		Ecchymoses des paupières et des conjonctives (<i>Piqueté scarlatin</i>).
		Saillie du globe oculaire, pupilles dilatées, hémorragies rétinienne, déchirure de la capsule (luxation du cristallin).
		Saillie de la langue, rétraction de la langue.
		Ecume de la bouche, morsures de la langue et taches ecchymotiques de la muqueuse.
		Oreilles violacées, écoulement par l'oreille, ruptures de la membrane du tympan.

Région du cou	{	Etat de la peau et description du SILLON	Situation	An-dessus du larynx.
				Sur le larynx.
				Au-dessous du larynx.
		Forme et direction		Circulaire.
				Parabol. ou en fer-à-cheval
				Latéral.
				Superficiel.
				Profond.
				Large.
				Etroit.
				Transversal.
				Oblique.

Région du cou (suite)	Etat de la peau et description du SILLON (suite)	Aspect	Coloration brun-jaunâtre, bords livides ou rouges, ecchymoses linéaires sur ces bords. Bourrelet œdéma- teux. Empreinte par- cheminée.
		et consistance	
		Persistance	Putréfaction.
		Absence ou disparition	
	Tissus cellulaire sous-cutané	Faux sillon	Examen histologique.
	Muscles		Ecchymoses, sugillations.
	Vaisseaux et nerfs		Ecchymoses. Déchirures.
	Os hyoïde		Injection des tuniques et de la gaine. Déchirure de la tunique interne (carotide), tiraillement et compression des fibres nerveuses du pneumogastre et des ganglions du grand sympathique.
Tronc	Fracture de l'apophyse styloïde		Fractures.
	Cartil. du larynx.		Fractures.
	Colonne vertèbr.		Fractures et luxation des vertèbres cervicales.
	Peau		Lividités, purpura, empreintes diverses (fer rouge, marteau de Mayor, marques de brosse), coups, contusions, blessures.
	Organes génitaux		Congestion, écoulement de liquide par la verge, par la vulve.
	Anus		Ecoulement de matières fécales.

Membres supérieurs et inférieurs. . .	{ Contusions, blessures, empreintes diverses, ecchymoses, lividités, congestion des extrémités, examen des ongles, leur teinte cyanosée, purpura des cuisses et des jambes.
--	---

III. EXAMEN DES ORGANES INTERNES

Trachée et ouverture supér. du larynx.	{ Congestion, teinte vineuse, arborisation vasculaire, écume.
Poumons	{ Congestion, surtout aux lobes inférieurs. Emphysème, œdème pulmonaire. Ecchymoses sous-pleurales <i>fréquentes</i> .
Cœur	{ Dans les deux cavités, sang fluide et noir, caillots rares. Taches de Tardieu fréquentes, surtout dans le cul-de-sac postérieur du péricarde.
Estomac	{ Arborisations vasculaires élégantes, aspect de vessie à colonnes. Piqueté carmin ou vermillon tantôt disposé par ilots, tantôt étendu sur toute la surface de la muqueuse.
Foie et reins	{ Congestion presque constante.
Encéphale	{ Parfois engorgement des sinus de la dure-mère et des vaisseaux sous-arachnoïdiens. Le plus souvent, anémie de la substance cérébrale; dans quelques cas, piqueté hémorragique apoplectiforme.

Nous allons actuellement exposer quelques considérations sur chacun de ces signes, et nous publierons, en terminant, 25 observations de pendaison, où il sera facile de voir tous les détails nécessaires.

SIGNES DE L'EXAMEN LORS DE LA LEVÉE DE CORPS.

1° Position du corps. — La mort par pendaison n'implique pas nécessairement la suspension du corps à une certaine hauteur au-dessus du sol, et l'on trouve souvent le cadavre du pendu en partie soutenu sur le sol ou reposant plus ou moins sur quelque meuble du voisinage. Cette opinion, longtemps contestée, est aujourd'hui admise par tout le monde. Et si, d'autre part, on a prétendu autrefois que la position du cadavre pouvait servir à distinguer une pendaison suicide d'une pendaison homicide, point qui a été l'objet de vives discussions à l'occasion de la mort du prince de Condé, en 1830, il est hors de doute aujourd'hui, et un grand nombre de faits le prouvent, qu'on ne peut avoir un soupçon d'homicide pour cette seule raison que le corps ayant un point d'appui est suspendu incomplètement.

Remer a trouvé que sur 101 cas de pendaison suicide, dans 14 cas, le corps était ou debout ou à genoux, et dans un cas dans une position assise. Le docteur Duchesne a publié un récit de 58 cas, dont 26 inédits, dans lesquels la suspension du corps était partielle, les pieds et le tronc étant plus ou moins supportés. Parmi ces cas, nous citerons textuelle-

ment la trente-deuxième observation, qui est digne de remarque.

« En 1826, un soldat suisse, âgé de 26 ans, remarquable par la force, la grandeur et la beauté du corps, disparaît de la caserne à la suite d'une réprimande de ses chefs ; on le trouve pendu à l'île Saint-Loup.

« Une fourche en bois était appuyée par son extrémité divisée contre une meule de paille, l'autre reposait sur le sol. Le plan qu'elle formait était très incliné. Un mouchoir attaché en haut, à l'angle de la fourche, se nouait en bas avec les extrémités d'un bout de corde de la grosseur du petit doigt. Cette corde, dans son milieu, formait un nœud coulant passé autour du cou, au-dessous de la mâchoire, au-dessus du larynx. Ce qu'il y a de remarquable dans ce suicide, c'est que le corps était tellement incliné, que la tête n'était qu'à 48 centimètres du sol, et que les pieds, les genoux, le ventre et les mains touchaient à terre. Pour se pendre, ce soldat avait dû se coucher à plat-ventre, se soulever à l'aide de ses mains appuyées sur le sol, passer sa tête dans le nœud coulant, puis abandonnant tout à coup le point d'appui, rester suspendu par le cou, sur lequel portait alors tout le poids de la tête et de la poitrine. Si la perte de connaissance n'avait pas été subite et si l'asphyxie n'était point survenue instantanément, ce militaire, dans la position où il se trouvait, pouvait rien qu'en se soulevant un peu sur ses mains, qui touchaient encore la terre, faire cesser la constriction occasionnée par le poids du corps. »

On pourra aussi consulter notre observation n° 10, à la fin de ce chapitre, pour un cas à peu près analogue.

Nous venons de voir que la position de la tête chez les pendus n'était pas toujours la même. La situation

du lien constricteur autour du cou, elle aussi, est variable. Néanmoins, on peut voir, d'après les observations faites à ce sujet, qu'il exerce le plus souvent sa compression au-dessus du larynx et non sur ce dernier. Ses dimensions sont très variables. On a employé pour se pendre, depuis la plus petite ficelle jusqu'au cordeau de 10 à 15^{mm} de diamètre. Il serait trop long d'énumérer ici les diverses espèces de liens qui ont servi jusqu'ici dans la pendaison. Qu'il nous suffise de dire qu'en pareil cas l'imagination de ceux qui ont eu le dessein de se suicider à souvent déjoué et trompé la surveillance et les précautions exercées contre eux. Aussi, dans les prisons et les maisons d'aliénés, le suicide par pendaison n'est-il pas une chose rare, les individus qui veulent mettre à exécution leur funeste projet trouvant sur eux ou sur leurs vêtements de quoi constituer un lien plus ou moins solide.

La forme du lien et sa disposition ne doivent pas non plus être négligées. En effet, il est tantôt simple, tantôt double, triple et large, même quadruple ou étroit, lisse ou inégal. En même temps, la situation du nœud, la façon dont celui-ci est constitué, sa grosseur méritent aussi d'être examinées attentivement pour bien se rendre compte des empreintes produites. A cette dernière considération se rattache la question du mode d'attache du lien suspenseur variable aussi à l'infini.

Comme le dit si justement Tardieu, dans tous les cas, le lien forme un anneau ou une anse dans laquelle passe la tête, mais cette anse est tantôt simple, c'est-à-dire non fermée, tantôt formée par un nœud cou-

lant pouvant se resserrer de lui-même, tantôt enfin arrêtée par un nœud fixe (1).

Suivant les différentes dispositions, le contact et l'impression du lien sur le cou ne se font pas d'une manière égale. C'est toujours au milieu de l'anse que se fait sentir avec la plus grande force la pression du lien (2).

II. SIGNES TIRÉS DE L'EXAMEN EXTÉRIEUR DU CADAVRE

Nous avons à passer en revue ici les différents signes que l'on peut rencontrer dans le cas de pendaison sur toute la surface du corps.

1° *Tête*. — Les signes que l'on peut rencontrer à la tête et auxquels on n'a attaché en général qu'une médiocre importance, ne doivent pas cependant être passés sous silence. Nous ne reviendrons pas sur les diverses positions de la tête dont nous venons de parler plus haut.

Le crâne peut être quelquefois le siège de plaies et de contusions qui doivent être notées avec soin dans les constatations médico-légales. On devra soigneusement en exposer la situation, la forme, le nombre, l'étendue, la nature et la direction. En outre, ces marques de violence ne doivent pas toujours être regardées comme fournissant des preuves non équivoques de suicide, car chez les pendus comme dans tous

(1) V. pl. II. Tardieu, *Pendaison, strangulation, suffocation* (1870).

(2) Voir à la fin de ce chapitre (observation X), un quadruple sillon, formé par une disposition spéciale du lien.

les autres genres de suicide, il n'est pas rare de rencontrer des blessures qui attestent des tentatives avortées de suicide ; coups de feu, coups de couteau, section incomplète du cou, et l'expert doit au point de vue de la distinction du suicide et de l'homicide, tenir compte de la possibilité de blessures faites par le pendu lui-même sur sa personne. Notre observation n° XII, citée à la fin de ce chapitre, offre un cas de ce genre du plus haut intérêt.

Quant à la coloration violacée ou à la pâleur de la face, elle ne constitue pas un indice assez certain pour qu'on lui attribue une valeur décisive. En effet, la coloration cyanosée et la turgescence de la face ne surviennent pas régulièrement chez les pendus. Esquirol a trouvé dans un cas où le corps était examiné immédiatement après la mort, que la face n'était pas livide ; mais elle commença à prendre une teinte violette au bout de huit ou dix heures. Il pensait que lorsque la corde était laissée autour du cou, la face était livide, mais que si on l'enlevait immédiatement après la suspension, la figure était pâle. Cette manière de voir n'est cependant pas toujours confirmée par l'observation.

Maschka (1) pense que cette coloration bleuâtre de la face n'a aucune signification. Il n'accorde pas davantage d'importance à la teinte violacée des oreilles, à l'écume de la bouche et aux taches ecchymotiques. « Par contre, ajoute cet auteur, je porterais plus volontiers mon attention sur la teinte ecchymo-

(1) *Handbuch der gerichtlichen Medicin*, 1881.

tique du bord libre des lèvres, car je l'ai noté 98 fois sur 153 pendus, et quoique je ne veuille aucunement la désigner comme un signe caractéristique et constant, je crois cependant qu'on doit en tenir compte lorsqu'elle se présente avec d'autres données fournies par l'examen. »

Dans nos observations de la fin, nous trouvons, sur 25 cas :

3 fois, la face pâle.

2 fois, la face colorée.

6 fois, les oreilles violacées.

3 fois, les pupilles dilatées.

La projection de la langue, sa rétraction en arrière des arcades dentaires, et son accolement entre les dents, sont autant de signes inconstants et variables avec la nature du lien, sa situation, ses dimensions.

Sur 25 observations appartenant au Laboratoire de médecine légale, dont 2 seulement nous offrent un sillon situé au-dessous du cartilage thyroïde, nous trouvons :

Saillie de la langue en avant : 4 fois.

Langue en arrière des arcades : 10 fois.

Les morsures de celle-ci peuvent se présenter quelquefois, quand elle est pincée fortement entre les arcades.

La saillie du globe oculaire n'est pas aussi fréquente qu'on le pense. Mais les ecchymoses des paupières et des conjonctives, et cet état particulier que M. le professeur Lacassagne désigne sous le nom de *piqueté scarlatin*, méritent certainement d'être pris en considération.

Maschka les regarde comme un signe précieux lorsqu'on vient à les rencontrer : « Car, dit-il, elles indiquent qu'il y a eu une forte stase sanguine dans les vaisseaux superficiels de la face, phénomène que doit favoriser le mécanisme de la pendaison et de la strangulation. Sur 153 pendus, je les vis 20 fois. »

Dans nos 25 observations, ce signe est constaté 7 fois.

Les extravasations sanguines des membranes internes de l'œil ont été signalées également par Maschka mais il n'a pas eu l'occasion de l'observer.

Nous avons une seule fois énucléé les yeux d'un pendu et nous les avons fait observer au Laboratoire de la clinique ophthalmologique par notre ami M. A. Masson, qui a bien voulu nous prêter, à cet effet, son bienveillant concours.

On a constaté seulement, après avoir laissé plongés pendant quatre à cinq jours les globes oculaires dans le liquide de Muller, d'assez nombreuses extravasations sanguines sur le trajet des vaisseaux rétiniens. Le cristallin était à sa place. Nous signalons également ce fait, car Ezra Dyer, cité par Maschka, dit avoir observé chez des pendus des déchirures de la capsule et des luxations du cristallin.

Ce qui suit va nous servir de transition pour arriver aux lésions de l'appareil auditif qui ont été observées aussi dans la pendaison. Voici, en effet, ce que nous lisons dans Morgagni à propos d'un pendu (lettre xix, p. 406).

« Les muscles et les autres parties environnantes des yeux paraissaient être comme enflammés par le

sang en stagnation ; l'une et l'autre rétine présentaient une couleur rouge. La membrane du tympan de l'une des oreilles était teinte de sang, ainsi que les osselets qui lui sont unis ; le tympan de l'autre oreille offrit une rougeur plus légère, mais cependant plus grande qu'à l'ordinaire ».

Si les anciens, assurément doués d'un grand talent d'observateurs avaient remarqué ce signe très vraisemblable : on le trouve à peine indiqué dans les auteurs français. Seul, Littre, au commencement de ce siècle, rapporte qu'il trouva une fois dans un cas de strangulation par la corde, une rupture de la membrane du tympan. Mais c'est encore à l'étranger qu'il faut avoir recours pour voir mentionnées les ruptures de la membrane du tympan, avec ou sans sortie de sang par les oreilles. Ogston, trouva aussi chez un pendu une déchirure en forme de lambeau du tympan avec des bords renversés. (La préparation fait partie de la collection des naturalistes à Leipsick, 1872).

Le professeur Zoufal, cité par Maschka, dans les discussions qui eurent lieu à ce sujet, considère comme possible le mécanisme suivant : Par suite d'un refoulement de la base de la langue, il peut se produire une compression de l'orifice de la trompe d'Eustache ; la pression de l'air augmente dans la caisse du tympan, et il se produit alors une déchirure de celle-ci. Hofmann (*loc. cit.*) émit cette hypothèse, que les hémorrhagies de l'oreille qui se voient à la suite de morts par asphyxie provenaient de la partie postérieure du revêtement de Cutti de l'oreille externe.

Elles sont primitivement sous-épidermoïdales, et se produisent de la même manière que les ecchymoses de la conjonctive, à la suite de la stase sanguine amenée par l'asphyxie. Ce serait donc la congestion intense et la formation d'ecchymoses dans ces parties de l'oreille externe qui entraîneraient primitivement ce phénomène, l'écoulement à travers le revêtement épidermique n'étant que le phénomène secondaire. Hofmann fait remarquer plus loin qu'on ne peut s'attendre à voir ce signe que dans les cas où la face est cyanosée et où il s'est produit des ecchymoses dans les conjonctives. En conséquence habituellement, d'après cet auteur, on ne rencontrera que très rarement cette hémorrhagie chez des pendus, parce que grâce à la compression très forte des vaisseaux du cou, la production d'une forte stase sanguine dans la tête et les parties molles extérieures est empêchée, tandis que les conditions favorables à la production de ce phénomène se rencontrent plus facilement dans les autres modes d'asphyxie. Pour compléter ces cours renseignements, nous renverrons à la publication intéressante que Tamassia a fait à ce sujet (*loc. cit.*) et nous ne donnerons quant à nous aucune appréciation sur la possibilité de ce signe ; cependant, nous avons eu l'occasion de le constater une fois sur vingt-deux cas. (*Voir observ. xi*).

Cou. — L'étude de la région du cou et des empreintes ou signes particuliers qu'on y rencontre est sans contredit la plus importante, et celle qui doit attirer avant tout, mais non pas exclusivement l'attention du médecin-expert, dans le cas de pendaison ;

car il arrive parfois, comme nous le verrons dans la suite, soit que la suspension ait été de courte durée ou pratiquée à l'aide d'un lien très souple ; soit qu'il y ait ressemblance entre certains signes rencontrés dans d'autres cas et les marques habituelles de la constriction, qu'on soit dans la nécessité de recourir à l'examen et à l'explication d'autres phénomènes pour établir ses conclusions.

Parmi ces empreintes et ces signes, les uns sont tout à fait superficiels et peuvent être décrits en examinant attentivement la peau ; mais les autres échappent à première vue, et doivent être cherchés plus ou moins profondément dans les différentes couches que l'on met à découvert en disséquant soigneusement cette dernière. On aura donc à examiner successivement chez les pendus : l'état de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, l'état des muscles, les vaisseaux et les nerfs, l'os hyoïde, les cartilages du larynx, l'apophyse styloïde et la colonne vertébrale.

En examinant la peau du cou chez les pendus, on trouve généralement une empreinte circulaire plus ou moins marquée et apparente. C'est cette empreinte qu'on désigne sous le nom de *sillon*. Comme on le pense facilement, il est indispensable pour distinguer le suicide de l'homicide dans la pendaison, de voir si ce sillon offrira les mêmes caractères lorsqu'il est produit sur le cadavre que quand il se forme pendant la vie. Il faut également savoir distinguer le sillon habituel de la pendaison, d'autres marques connues sous le nom de *faux sillons*, qu'on peut rencontrer dans d'autres genres de mort.

Comme nous l'avons déjà laissé entrevoir en parlant du lien, le sillon ou empreinte de ce dernier peut occuper trois positions principales. Dans la première, qui est la plus fréquente, il est situé en avant, entre le larynx et le menton ; dans la seconde, il se trouve sur le larynx lui-même, ce qui est beaucoup moins fréquent ; enfin, dans un troisième cas, on l'observe au-dessous du larynx et au niveau de la trachée, ce qui est très rare et ne se voit que dans des cas particuliers ; par exemple, quand le cou aura été protégé par un linge, une forte barbe, etc., ou quand, par suite d'une disposition anatomique ou pathologique particulière, l'anse se trouvait dans l'impossibilité de remonter. Nous ne donnons pas ici la statistique de Tardieu, citée déjà plus haut ; nous nous contenterons de faire remarquer que dans nos Observations, sur 23 cas, nous n'avons noté que deux fois le sillon au-dessous du cartilage thyroïde.

La forme et la direction du sillon offrent aussi des variétés qu'il faut savoir distinguer : Nous pouvons en reconnaître trois types : *latéral*, *parabolique* ou en fer-à-cheval, *circulaire*.

En général, il passe transversalement sur la partie antérieure du cou, entre le larynx, l'os hyoïde ou le menton, monte assez verticalement des deux côtés derrière les oreilles et même, le plus souvent, derrière les apophyses mastoïdes, vers la nuque sur laquelle les extrémités du sillon tantôt se rencontrent sur la ligne médiane, ou tantôt se perdent à la limite des parties chevelues de chaque côté avant d'arriver au milieu. Mais il n'en est pas toujours ainsi ; cela varie

d'abord selon que la corde a été serrée ou non autour du cou avant que le poids du corps ait agi. S'il s'agit d'un nœud coulant, le sillon qui persiste peut faire tout le tour du cou et affecter alors la forme circulaire, de sorte qu'à la rigueur il pourrait se confondre avec une marque de strangulation par un tiers. Si le nœud n'est pas coulant, les deux extrémités peuvent ne pas se rejoindre et elles se perdent avant d'atteindre la ligne médiane, ce qui arrive d'ailleurs aussi quelquefois dans le cas où c'est un nœud coulant : on a alors la forme parabolique, dite en fer-à-cheval. M. le professeur Lacassagne a fait aussi remarquer à juste titre, qu'un sillon incomplet au début peut devenir à la longue complètement circulaire, surtout dans les cas de pendaison prolongée, car alors on a un rapprochement des saillies formées par le bourrelet qui complètent le sillon. Il faut se rappeler naturellement que, dans ce cas, la tête est plus ou moins fortement fléchie en avant; mais on peut avoir tout l'opposé.

Tardieu (*loc. cit.*, pl. XII) a représenté un pendu sur lequel la corde occupe une position tout à fait contraire à celle qu'on voit sur les pendus ordinaires : la tête était renversée en arrière, le plein de l'anse portait sur la nuque, et les extrémités venaient se réunir en avant de l'oreille gauche. Hofmann a observé une marche semblable du sillon sur une femme qui s'était pendue dans une position presque horizontale. On comprend, dans des cas de ce genre, l'importance d'une enquête.

Entre ces deux formes on trouve une foule d'inter-

médiaires. Les extrémités du sillon peuvent se réunir ou se perdre sur les parties latérales ou derrière une oreille. C'est ce que nous avons désigné dans notre tableau, au commencement de ce chapitre, sous le nom de sillon latéral. Nous relatons, dans nos Observations, un certain nombre de cas où il a été donné d'observer ces variétés.

Enfin, il faut ajouter que le parcours du sillon peut être interrompu, de telle sorte qu'on ne rencontre pas seulement un effacement ou plutôt une disparition de ce dernier à l'endroit où doivent se rejoindre les extrémités du lien, mais encore à d'autres places sur le tour du cou. Il arrive même qu'on ne retrouve çà et là que des traces légères de la marque du sillon strangulatoire, tandis qu'il est complètement effacé sur la plus grande partie de son projet. (Observ. II.)

La direction du sillon présente presque toujours un certain degré d'obliquité, elle est rarement transversale. Ce dernier cas peut cependant se présenter quelquefois, par exemple quand l'individu se trouve suspendu à genoux, la face regardant le sol, comme c'est figuré dans Tardieu (*loc. cit.*, pl. x). Voir notre *Observation x*.

On doit également noter avec soin la largeur du sillon et l'état de sa surface, qui sont en rapport avec la largeur, la souplesse du lien et son état de relâchement plus ou moins accusé. On tiendra compte aussi de la profondeur qui sera, en général, d'autant plus grande, que le lien aura été plus petit, plus consistant et plus rigide que la suspension aura été plus prolongée et le poids du corps plus considérable. Par contre,

elle sera d'autant moins prononcée que les conditions dont nous venons de parler seront moins favorables et selon que le corps aura trouvé un point d'appui plus ou moins rapproché et plus ou moins étendu.

On a même vu des cas où la corde, ou plutôt la ficelle, car il s'agit toujours dans ces cas d'un lien très mince et très dur à la fois, avait pénétré profondément dans le derme et les parties sous-jacentes, creusant ainsi un sillon très profond.

L'aspect du sillon et sa consistance méritent aussi une description complète. On a prétendu que celui-ci était beaucoup plus prononcé à la partie antérieure du cou que sur les parties latérales et sur la nuque. Ceci nous paraît un peu trop absolu, et si l'on s'en rapporte à nos Observations, on trouve que le sillon est très apparent aussi sur les parties latérales et même en arrière.

La coloration et la consistance varient avec le degré de constriction et la nature du lien et la durée de la suspension. En général, c'est une teinte plus ou moins pâle allant du jaune sale au brun rougeâtre.

L'empreinte parcheminée et momifiée du sillon ne se développe que sur le cadavre et, par conséquent, n'apparaît qu'un certain temps après la mort. Elle est due au dessèchement de la peau par suite de l'absence de circulation. Il est parfois difficile de savoir si cette empreinte a été produite par la pendaison faite sur le vivant ou exercée sur le cadavre ; en conséquence, cette marque n'est pas un indice certain dans le cas où il est douteux que la suspension ait eu lieu avant ou après la mort.

Dans d'autres cas, il peut n'y avoir qu'une trace plus ou moins large et plus ou moins linéaire bleue ou livide avec des bords plus ou moins foncés, garnis souvent d'ecchymoses et d'extravasations ou injections des capillaires.

C'est ce qu'on observe généralement lorsque la compression n'a pas été bien forte, et lorsque l'instrument dont on s'est servi était mou ou assez souple (cravates). Enfin, entre le sillon mou et le sillon sec et parcheminé, il y a une foule de variétés et d'intermédiaires : et il arrive souvent, surtout lorsqu'on a employé non pas des cordes, mais des cravates, des draps roulés, des chemises, des ceinturons, des foulards, etc., que le même sillon présente en même temps des parties molles et des parties sèches, de sorte qu'il paraît interrompu de distance en distance. Assez fréquemment, et M. le professeur Lacassagne a insisté beaucoup là-dessus, et nous-mêmes avons eu l'occasion de le constater à l'amphithéâtre du Laboratoire de Médecine légale, les bords supérieurs et inférieurs du sillon présentent seuls une teinte rouge ou livide, en même temps que la peau et le tissu cellulaire sous-cutanés, boursoufflés à ce niveau, forment une sorte de saillie œdématiée, parfois énorme à laquelle M. le professeur Lacassagne donne le nom, si bien choisi, de *bourrelet du sillon*. (Dans un cas, et d'un côté, cette saillie était du volume d'une mandarine).

Pour achever ce que nous avons encore à dire de l'empreinte du lien constricteur, nous ajouterons que quelquefois, même dans des cas de pendaison avérée,

le sillon n'existe pas, ou du moins ne persiste pas sur le cadavre, surtout quand ce dernier reste longtemps couché, ou entre dans un état de putréfaction rapide et avancée. Dans ce dernier cas surtout, les sillons mous et mal limités, comme ceux que font les draps, cravates, foulards, etc., sont souvent à peine visibles et peuvent même disparaître complètement. MM. Briand et Chaudé rapportent, dans leur *Traité de Médecine légale*, l'exemple d'une vieille femme qui fut trouvée debout et sans vie, la tête passant dans un espèce d'anneau, formé d'un bas de laine, qui enveloppait le cou des deux côtés jusqu'aux apophyses mastoïdes : il n'y avait ni sillon, ni aucune espèce d'empreinte, et il n'avait dû y avoir qu'une faible compression. La mort avait été cependant instantanée.

Nous ne voulons pas terminer ce qui a rapport au sillon sans signaler rapidement deux points intéressants : l'un concernant les recherches microscopiques faites par Neyding, prosecteur à Moscou (1), pour observer les lésions produites par la pendaison sur la peau du cou ; l'autre se rapportant à l'étude des sillons simulés ou accidentels, appelés aussi *faux sillons* que l'on rencontre dans certains cas. Nous n'insisterons pas sur les découvertes de Neyding, qui d'ailleurs n'offrent qu'un intérêt secondaire, attendu que le médecin requis par la justice est loin d'avoir toujours à sa disposition les instruments nécessaires.

Quant aux *faux sillons* on se souviendra qu'ils sont

(2) *Annales d'Hygiène et de Médecine légale*, 1880.

susceptibles d'être rencontrés principalement chez les nouveaux-nés ou de très jeunes enfants bien potelés, ou sur des cadavres de noyés qui ont séjourné quelque temps dans l'eau.

Nous venons de passer en revue les lésions superficielles de la région du cou chez les pendus, nous allons maintenant dire quelques mots des désordres produits dans les couches musculaires de cette région.

Il n'y a pas bien longtemps que l'attention a été portée d'une manière sérieuse sur ces lésions. Les ecchymoses du tissu cellulaire sous-cutané seules avaient été regardées, par quelques médecins allemands, comme un signe certain et essentiel de ce genre, mais on n'avait guère songé aux autres désordres que nous allons décrire. Tardieu lui-même semble ignorer, sinon nier l'existence de ceux-ci, quand il dit : « Il est très rare que l'on rencontre dans le tissu cellulaire ou dans l'épaisseur des muscles d'ecchymoses ou d'infiltrations sanguines. » Le fait n'est pas si rare que veut bien le dire Tardieu. A l'étranger, Hofmann (2), Maschka et Taylor semblent très explicites à cet égard ; mais ce dernier croit que les lésions des muscles et des parties profondes du cou ne se rencontrent que dans les cas de violences considérables exercées dans l'acte de la pendaison, ce qui ferait songer dans ces cas à l'homicide.

Nous verrons tout à l'heure que cette opinion est erronée.

(2) *Wiener Medicin Presse*, 1881. Numéros 48, 50, 51, 52. — 1882, 2 et 3.

En France, personne jusqu'ici n'a signalé les ecchymoses et les déchirures musculaires dans la pendaison simple due au suicide. Les faits intéressants et vraiment caractéristiques rapportés dans un certain nombre de nos observations nous permettent de réparer cette lacune et d'engager à rechercher ces lésions dans toutes les autopsies de cadavres de pendus, car c'est à l'aide de pareilles constatations qu'il sera facile de déterminer si la pendaison a eu lieu pendant la vie ou après la mort.

Espérons que cette indication nouvelle, sortie du Laboratoire de Médecine légale de la Faculté de Lyon, viendra s'ajouter, dans la suite, aux nombreuses constatations qui guident le médecin-expert en pareil cas.

En 1828, Amussat a signalé, comme preuve de la pendaison, la rupture de la membrane interne de la carotide. Devergie, ayant rencontré aussi cette rupture chez un pendu, voulut s'assurer également si l'on pouvait produire cette dernière sur le cadavre. Il fit des essais à cet égard à l'aide de liens de toutes sortes, et sur des cadavres de vieillards ; il les pratiqua longtemps après la mort et peu de temps après celle-ci. Dans les deux cas, il eut des résultats négatifs. Le compte rendu de ses observations est publié dans les *Annales d'Hygiène et de Médecine légale* (t. II, première série, p. 196).

En Allemagne, Hofmann dit avoir remarqué plusieurs fois cette lésion. En 1878, Friedberg (*Virchow's. Arch. Band. 74*), a traité ce sujet en détail : il prétend que la déchirure de la tunique interne de la caro-

tide serait un signe très précieux en faveur de l'action du lien pendant la vie, pourvu toutefois qu'elle soit accompagnée d'une extravasation sanguine dans la paroi de la carotide ou dans la déchirure même. Maschka, sur 153 pendus et 18 cas de strangulation ne l'a rencontré qu'une fois dans ces conditions. « Il s'agissait, dit cet auteur, d'un vieillard de 70 ans, chez lequel les artères étaient athéromateuses. Une autre fois, ayant pendu des cadavres (dans ce cas, la démonstration avait été réclamée par le juge), je trouvai deux petites déchirures de la carotide gauche sans extravasation sanguine.

« Tout en admettant une certaine valeur à ces ruptures, lorsqu'elles se trouvent accompagnées d'une extravasation sanguine, ainsi qu'aux sugillations de la carotide sans lésion des parois, pour affirmer l'action du lien constricteur pendant la vie, je dois cependant faire remarquer la rareté de ce signe, ce qui diminue sa valeur considérablement. » Cette déchirure des carotides est notée 4 fois dans nos observations sur 23 cas. Il reste à savoir si la présence de semblables lésions correspond à une dégénérescence athéromateuse très fréquente chez les vieillards. Ceci, il nous semble, peut être discuté et ne sera tranché qu'à l'aide d'observations nombreuses. La seule chose digne de remarque, c'est que ce signe, autant qu'on peut en juger par le petit nombre de cas, se produit presque toujours au voisinage de la bifurcation de la carotide primitive en carotide interne et en carotide externe ; c'est donc là qu'il faut surtout le rechercher. En dehors de cela, nous signalons seulement

en passant l'injection de la gaine vasculo-nerveuse tout entière, le tiraillement de la fibre nerveuse du pneumogastrique, et peut-être aussi l'altération du grand sympathique dont M. le professeur Lacassagne admet la possibilité. Nous signalons, dans nos observations, 4 fois la déchirure des carotides sur 23 cas. (*Voir observ.* XIV, XV, XXII).

Nous mentionnons à part et d'une manière spéciale les fractures de l'os hyoïde que nous avons eu l'occasion de constater deux fois à l'amphithéâtre du Laboratoire. (*Voir observ.* XVIII et XXII).

Il nous semble, en effet, que le fait est non seulement possible, mais encore assez fréquent, en raison précisément de la situation prédominante du lien au-dessus du larynx. Ces fractures auraient lieu surtout au niveau de la grande corne de l'os hyoïde, et passeraient facilement inaperçues en raison surtout de la mobilité relative de ces extrémités, si l'on ne disséquait avec soin les parties molles qui l'entourent. Hofmann dit avoir trouvé deux fois aussi cette lésion.

Il n'aurait pas fait la même remarque pour les fractures du larynx, dont nous voulons dire aussi quelques mots ; cependant, il en admettait la possibilité, en dehors même de la pendaison homicide ; par exemple, lorsque pour se pendre l'individu se sera élancé d'un lieu élevé. Valsalva, cité par Morgagni, avait déjà observé ces fractures. Maschka n'en cite que deux cas également.

Nous empruntons, d'un autre côté, à la *Thèse* de Chailloux (1874), les conclusions suivantes :

« 2° J'ai constaté l'impossibilité que tous les expérimentateurs ont éprouvée lorsqu'ils ont essayé de produire sur le cadavre des fractures des cartilages du larynx par le mécanisme de la pendaison, même en opérant des tractions très fortes. Il faut donc admettre que ces lésions, lorsqu'elles se trouvent à l'autopsie, ont toujours été produites pendant la vie. »

« 3° L'observation xv (Després), les observations de Male, Cazauvililh, Helvig, Weis, prouvent évidemment que les fractures du cartilage cricoïde peuvent se produire dans les cas de pendaison volontaire. »

Nous renvoyons à notre observation xvi pour fracture du cartilage thyroïde.

Nous avons fait entrer aussi dans notre tableau les fractures des apophyses styloïdes que l'on a négligé d'observer jusqu'ici, ce qui, d'après M. le professeur Lacassagne, est un grand oubli, car ces apophyses longues et grêles, surtout chez la femme, sont susceptibles d'être comprimées souvent par les liens qui, dans bien des cas, remontent en arrière en passant très près et même immédiatement au-dessous de l'angle postérieur de la mâchoire.

Autrefois, on parlait beaucoup de la rupture de la colonne vertébrale et des luxations de l'axis, chez les pendus. Nous nous sommes déjà longuement étendus sur ce sujet dans le deuxième chapitre de notre travail. Nous avons vu qu'on pouvait soupçonner la présence de semblables lésions capables d'amener une mort immédiate, surtout chez les suppliciés. Chez les pendus suicidés, il est peu probable qu'on les

rencontre, à moins de cas exceptionnels, où le suicide aurait été accompli dans des circonstances telles que la colonne vertébrale aurait été ébranlée par une secousse subite et violente, comme il arriverait, je suppose, si un individu, après s'être passé une corde au cou et avoir attaché celle-ci à la branche d'un arbre élevé, venait à s'élancer ensuite dans l'espace du haut de cet arbre.

Nous avons terminé ainsi nos considérations particulières sur l'examen du cou chez les pendus et donné les indications nouvelles à cet égard. Nous allons, maintenant, examiner brièvement les principaux signes tirés de l'examen du tronc et des membres, puis, nous terminerons par celui des organes.

Tronc. L'examen du tronc doit être, en général, très rapide, cependant, il ne faut pas oublier qu'en dehors des marques de violence spéciales qu'on peut y rencontrer, dans le cas d'homicide, il faut se souvenir que dans les convulsions qui précèdent la mort par asphyxie, un point quelconque du corps peut porter sur un objet voisin plus ou moins résistant, d'où il en résulte une contusion, une meurtrissure plus ou moins accusée, pouvant être confondue avec un coup donné par une main étrangère.

On peut y voir encore d'autres empreintes spéciales, telles que celles produites par le marteau de Mayor, le fer rouge, une brosse, etc., moyens employés fréquemment pour ramener le sujet à la vie après qu'on l'a dépendu. Enfin, M. le professeur Lacassagne attache une assez grande importance aux lividités, ces taches produites en général par le décu-

que nous avons suivies, les ecchymoses ponctiformes et lenticulaires qui ressemblent exactement aux taches de purpura. (*Voir observation xxii.*)

L'examen des organes génitaux vient naturellement à la suite de l'examen du tronc. Il ne doit pas être omis, car de tous temps, les auteurs ont semblé y attacher une certaine importance; celle-ci nous semble un peu exagérée. Ne pouvant discuter ici longuement la question de savoir si cet examen doit être fait, ou laissé de côté, et si les signes qu'il révèle ont de la valeur, nous nous contentons de résumer l'article de Max-Huppert sur *l'Emission du sperme chez les pendus* (1). Dans cet article, il est dit que jusqu'à Casper, on rangeait l'érection et l'émission du sperme parmi les signes les plus caractéristiques de la mort par pendaison. Certains auteurs ont signalé le même phénomène dans la grande attaque de l'épilepsie. On ajoute même que chez les pendus, de même que chez les épileptiques, si l'éjaculation est méconnue, cela est dû à ce que le sperme, émis en petite quantité, séjourne dans l'urèthre et ne peut être entraîné qu'avec l'urine, ce qui n'est pas toujours facile à reconnaître.

Mais il ne faut pas oublier que l'émission du sperme n'est pas seulement un phénomène commun à la mort par pendaison, et à la grande attaque épileptique, mais qu'on l'a rencontrée encore et assez fréquemment dans d'autres cas d'asphyxie aiguë de causes diverses et dans de nombreux cas de mort su-

(1) Tiré de la *Revue trimestrielle de Méd. lég.* (1876).

bite, coïncident ou non avec l'émission d'urine ou de matières fécales. Ceci prouve que ce signe n'aurait qu'une importance secondaire.

Devergie, au contraire, attribue une grande signification à la turgescence du pénis et à l'émission du liquide séminal ; c'est ce qui fit l'objet d'une vive discussion entre lui et Orfila ; ce dernier, pensant de son côté qu'il n'y avait pas lieu de regarder ce signe comme particulier à la pendaison, puisqu'on le rencontre dans les genres de mort les plus divers. Les recherches nouvelles ont confirmé l'opinion d'Orfila, c'est aussi l'avis de Maschka, et c'est ce que M. le professeur Lacassagne nous a fait remarquer bien des fois à l'Amphithéâtre ou à la Morgue, dans les autopsies assez nombreuses auxquelles nous avons assisté. Par conséquent, il est inutile d'insister spécialement sur cet état lorsqu'on le voit sur des cadavres de pendus. Il va de soi que la turgescence du clitoris chez la femme et l'écoulement vaginal n'a pas plus de signification, ni de valeur. Qu'on nous permette cependant de faire remarquer que les anciens ayant vu plusieurs fois l'érection de la verge dans le cas de pendaison (1) avaient cherché à en donner une explication, qui peut être admissible. Lancisi, cité par Morgagni, affirme que la continuation de la tension du pénis après la mort ne se rencontre pas rarement sur les sujets étranglés, et apprend en même temps qu'elle dépend des convulsus et siégeant surtout sur les flancs et à la partie postérieure. Il a signalé également dans les leçons

(1) Morgagni, *Epistolæ* XIV, p. 440-441.

sions des fibres qui empêchent le retour du sang à travers les veines de la verge.

Ajoutez à cela que le sang tombe en bas dans le corps d'un pendu, en quantité d'autant plus grande que ce liquide est moins facilement chassé dans les artères supérieures, à raison de la constriction du cou par la corde, tandis que les dernières contractions cardiaques en envoient plus dans les inférieures. C'est évidemment à cela qu'il fallait rapporter ce que Colombus (1) attribuait à l'approche des règles sur une femme pendue ; je veux parler des veines du vagin qui étaient remarquables et très noires. C'est de la même cause que dépendait également ce que j'ai vu sur un homme qui s'était pendu de lui-même dans sa prison ; car, comme tout le corps était teint d'une rougeur livide, la face interne de l'urèthre l'était bien davantage et beaucoup au delà de l'état ordinaire (2).

Enfin, nous trouvons encore dans Morgagni le récit d'un fait curieux qui n'a, je crois, été signalé par aucun des physiologistes qui ont traité cette question du rôle de la compression des vaisseaux du cou dans la pendaison. Voici ce passage : « Mais je me souviens d'une manière certaine que Valsalva faisait dépendre de la même cause, ce qu'il racontait avoir observé sur des chiens vivants, auxquels il avait lié les deux artères carotides, et qui avaient la verge tendue. »

(1) *De re anatomica*, 1562.

(2) Rapprocher ce fait de celui rapporté dans notre observation XI, sur un écoulement de sang par la verge.

En lisant ces passages, on voit que les anciens, tout en n'ayant pas le moins du monde traité la pendaison au point de vue médico-judiciaire, avaient néanmoins parfaitement décrit et observé certains phénomènes et certains signes intéressants se rattachant à cette question.

L'écoulement des matières fécales a été vu souvent chez les pendus. Ce signe, de même que le précédent, n'a pas une grande valeur au point de vue qui nous occupe, car il se rencontre dans bien des cas de mort divers, et manque parfois dans la pendaison. (*Voir aux Observations.*)

Les membres supérieurs sont ou peuvent être le siège d'ecchymoses, de contusions, de blessures et autres marques particulières. On y rencontre aussi les taches de purpura ; les extrémités sont cyanosées. Les membres inférieurs doivent être examinés encore avec plus de soin. Sachant, en effet, que les pendus ne perdent en général pas de sang, et que le sang comme dans la plupart des genres d'asphyxie, reste fluide, il paraît évident et naturel que chez tous les pendus, du moins chez ceux qui se sont placés dans une position verticale, le sang ayant de la tendance à se porter aux parties basses et déclives ; on rencontre ces taches livides, plus ou moins étendues, aux jambes, aux pieds et que ces derniers soient même très cyanosés. Il arrive aussi assez souvent qu'au lieu de larges taches livides, ou bien disséminées sur un fond plus ou moins violacé, l'on voit apparaître des petits points hémorrhagiques, formant ce qu'on est convenu d'appeler le purpura hypostatique, qu'il faut

bien se garder de confondre avec le purpura scarlatiniforme ou hémostatique de la face, de la conjonctive et des paupières, comme l'a fait remarquer M. Laccasagne dans ses leçons. Notre savant maître croit aussi que ces ecchymoses ponctiformes ne sont que des phénomènes *post mortem*, se rencontrant spécialement chez tous les individus dont les vaisseaux, par suite d'une altération ou d'une usure quelconque de l'économie (flèvre typhoïde, variole, alcoolisme), et d'autres causes pathologiques, offrent très peu de résistance et cèdent par conséquent facilement à la pression sanguine qu'entraîne le décubitus ou la position verticale.

Là se bornent nos considérations sur l'examen extérieur du cadavre des pendus, qui est de beaucoup le plus important. Nous allons actuellement exposer brièvement quelques remarques spéciales faites par nous au Laboratoire de médecine légale, sur les organes internes : En cela, nous serons peut-être en désaccord avec d'illustres médecins-légistes, mais nous tenons, avant tout, à rendre compte de ce que nous avons observé et, suivant la ligne de conduite qui nous a constamment guidé dans le cours de cette Thèse inaugurale, nous ne baserons nos raisonnements et nos conclusions que sur des faits, laissant de côté des hypothèses plus ou moins vraisemblables.

Le temps et la place nous manquent pour développer les indications fournies par notre tableau sur les organes internes ; mais il nous est impossible de ne pas dire quelques mots d'une question qui a été souvent en litige, et qui a déjà fait le sujet de nombreux

travaux ou mémoires importants ; nous voulons parler ici des ecchymoses sous-pleurales et sous-péricardiques.

Nous avons été frappés en parcourant nos Observations de voir que le signe rencontré le plus fréquemment chez les pendus était précisément l'ecchymose sous-pleurale, appelée aussi tache de Tardieu ; sur 22 cas, nous en trouvons 14 fois.

Il nous a été difficile, comme on le pense, d'admettre en face d'un pareil chiffre l'effet d'une simple coïncidence. D'autre part, ayant eu l'occasion, dans un grand nombre d'autopsies faites à la Morgue ou à l'Amphithéâtre, de constater la présence de ces taches, dans des genres de mort bien différents nous inclinons à penser, contrairement à la doctrine de Tardieu que celles-ci ne constituent pas le signe caractéristique de la suffocation. En cela, d'ailleurs, nous sommes d'accord avec tous ceux, qui dans ces temps derniers se sont occupés de la question (1). M. le professeur Lacassagne signale le fait dans son *Traité de Médecine judiciaire* (1878), et depuis il ne cesse de faire remarquer dans ses démonstrations pratiques à l'Amphithéâtre combien l'opinion de Tardieu était absolue, fausse et erronée.

Nous ne nous étendrons pas davantage sur cette question ; nous regrettons de ne pouvoir donner des explications et une description complète au sujet de ces ecchymoses. Nous engageons vivement à consul-

(1) Voir les thèses de MM. Grosclaude. (Paris 1878) Dechoudans (1878), Vicq (1878), Chassaing (1879), le rapport de M. Legroux à la *Société de Médecine légale* (1878).

ter, pour parer à cette lacune, les articles publiés par M. A. Henocque dans la *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie* (1880). Quant à nous, nous avons tenu seulement à attirer l'attention sur un fait et sur nos Observations, qui viennent confirmer pleinement les idées nouvelles sur la valeur fictive des ecchymoses sous-pleurales en médecine légale et principalement dans la suffocation.

Nous terminons ce chapitre en indiquant encore, comme signe digne de remarque, le piqueté carmin rencontré sur la muqueuse stomacale des pendus ; Taylor a insisté sur cet aspect ainsi que M. le professeur Lacassagne ; attendu que, dans certains cas, il pourrait faire croire à un véritable empoisonnement.

Il nous a été donné de voir que c'est surtout lorsque le sujet a succombé, étant en pleine digestion, que cette coloration rouge et ce piqueté étaient remarquable et très étendu. Cependant, nous l'avons observé, quoique moins souvent, sur des estomacs à l'état de vacuité.

Nous n'insisterons pas sur l'état du cerveau qui est, en général, négatif.

Les reins, le foie et la rate sont ordinairement très congestionnés comme dans tous les cas d'asphyxie.

Quand on aura parcouru l'ensemble de ce modeste travail, on pourra peut-être nous faire le reproche de n'avoir pas traité d'une manière spéciale la question qui intéresse souvent le plus et à juste titre, le médecin appelé comme expert, celle qui a rapport à la distinction du suicide et de l'homicide. Nous avons,

à la vérité, l'intention de développer dans un chapitre particulier des considérations à ce sujet, mais on voudra bien nous pardonner cette lacune, en tenant compte de la longueur des explications contenues dans nos deux derniers chapitres et de ce que, tout en ayant fait à dessein, l'omission que nous signalons, nous avons néanmoins, dans notre étude des signes de la mort par pendaison, mis en évidence certains faits, certaines constatations médico-légales qui peuvent éclairer le médecin-expert appelé à trancher la question toujours si difficile de la distinction entre le suicide et l'homicide.

D'ailleurs, pour avoir des détails complets à cet égard, nous renvoyons, au traité de Tardieu, où cette question a été traitée assez longuement et à laquelle viennent se joindre des considérations très intéressantes sur la pendaison accidentelle.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. le professeur Lacassagne)

RELATION MÉDICO-LÉGALE DU SUICIDE PAR PENDAISON DE M. T., GARDE D'ARTILLERIE

M. T., entré à l'hôpital le 19 juin avait fait un premier séjour dans cet établissement, du 25 mars au 12 avril. Ces deux entrées avaient été motivées par les mêmes causes. Placé à la tête d'un service qu'il jugeait très important, et fort difficile à gérer, M. T. cherchait à s'étourdir ou à oublier en buvant de l'absinthe ou de l'eau-de-vie. Il nous avouait qu'il prenait par jour jusqu'à six ou sept verres de cette première liqueur. Il semblait qu'il était atteint de dypsomanie et qu'à certains moments il était pris pendant un temps d'une durée variable du besoin irrésistible de boire. C'est alors qu'il abandonnait tout travail, allait au café, devenait sombre, toujours inquiet de sa paresse; s'affectait de perdre la mémoire, du tremblement, de l'impossibilité enfin où il se trouvait d'écrire, ou de se livrer à un travail intellectuel quelconque.

Pendant son dernier séjour à l'hôpital; du 19 juin au 22, il était concentré, sombre, ayant de l'insomnie, des troubles gastriques. Il était surtout inquiet et avait peur d'exciter les

reproches de ses chefs s'ils venaient à connaître les causes de sa maladie. Rien cependant ne faisait prévoir son suicide. Une demi-heure avant la catastrophe, il demandait à un malade un journal ; toutefois, la veille il avait dit à une personne de l'hôpital qu'il était inquiet et avait de mauvaises idées.

Hier, mardi, à trois heures et demie de l'après-midi, ainsi qu'il en avait l'habitude, son ordonnance vint le voir. Arrivé à la chambre où était logé M. T., et voyant la porte de celle-ci ouverte, sans apercevoir son maître, il le chercha dans le couloir et dans le voisinage. Ne le trouvant pas, l'ordonnance pénétra dans l'appartement et quel ne fut pas son étonnement de voir pendu, M. T., dans l'espace qui se trouvait entre le mur et la porte de la chambre.

L'ordonnance fut prévenir l'infirmier des officiers, et tous deux allèrent en toute hâte chercher les médecins et l'officier comptable. Il était trois heures trente-cinq lorsque l'officier comptable arriva dans la chambre. M. T. était dans l'attitude suivante : à un clou solidement fixé dans le mur, était attachée une corde ; quatre jets de corde passaient sur le clou et étaient comprimés entre le mur et la tête du clou, de manière à maintenir solidement l'extrémité inférieure de la corde terminée par un nœud coulant simple. Dans le nœud coulant était engagée la tête de M. T., fortement fléchie en avant sur la poitrine ; les membres inférieurs sont fléchis, les jambes sur les cuisses, et les pieds reposent en partie sur le sol. Le corps présente l'aspect d'un Z incliné ; à côté, une flaque d'urine montrant une émission abondante de ce liquide.

Le corps est dépendu et porté sur le lit. Nous arrivons quelques minutes après et constatons que la face est très pâle, et qu'il n'existe aucun mouvement. Le corps est mis à terre, et il est procédé pendant plus de trois quarts d'heure à des mouvements de respiration artificielle. L'électricité est employée ; tout cela sans résultat. La face se congestionne peu à peu et la sclérotique prend l'aspect vitreux. On essaye avec une bougie de produire des brûlures à la plante des pieds ; on met de la pâte au caustique de Vienne sur la cuisse gauche.

La chemise et les vêtements des membres inférieurs sont mouillés par l'urine ; à la verge, nous ne constatons pas de traces de sperme.

A sept heures du matin, on procède à l'autopsie, c'est-à-dire seize heures après la mort.

EXAMEN EXTÉRIEUR

Partie antérieure. — Le cadavre est couché sur le dos ; il y a de la rigidité musculaire aussi bien aux membres supérieurs qu'inférieurs. La face est d'un rouge violacé ; les paupières sont ouvertes, la cornée vitreuse, et la sclérotique rougeâtre ; dans l'espace laissé entre les deux lèvres des paupières ; de telle sorte que, lorsqu'on écarte celles-ci, on voit la sclérotique blanchâtre, lisse, avec son aspect normal. La bouche est entr'ouverte ; les dents sont serrées les unes contre les autres, il y a de la rigidité qu'il est très difficile de vaincre. On y parvient cependant et on voit alors que la langue, absolument intacte, est à sa place ordinaire.

Le sillon laissé au cou par la corde est sec, parcheminé ; nous décrirons plus loin ses caractères. Notons que la région du cou ne nous paraît pas avoir subi d'élongation.

Les membres supérieurs rigides sont ramenés sur le ventre ; les doigts très peu fléchis.

Il y a un commencement de putréfaction aux bourses. A l'urèthre suinte un liquide blanchâtre dont nous déposons une partie pour être soumise plus tard à l'examen microscopique ; à la cuisse gauche la pâte de Vienne n'a produit qu'une espèce de parcheminement superficiel de l'épiderme.

Partie postérieure. — Il y a des lésions de décubitus, c'est-à-dire du sang infiltré dans les parties déclives, manifestes surtout au dos.

Corde. — La corde qui a servi au suicide, est un cordeau de tirage de petite tente de campement. C'est un cylindre de 0,008^m de diamètre et de 0,026^m de circonférence.

Examen superficiel du sillon. — 1° Le sillon est à peu

près au milieu de l'espace qui sépare la fourchette sternale du menton ; il est à un centimètre et demi au-dessous du cartilage thyroïde ; de là, il décrit une parabole comme pour se diriger vers l'occipital, manifeste encore à la saillie du sterno-mastoidien, où il prend l'aspect d'une brûlure ; ses bords vont en s'aminçissant, sa coloration diminue, et en arrière cette coloration devenue livide se fond avec la coloration du voisinage ; de telle sorte qu'à droite, à trois centimètres et demi de l'axe du corps on n'aperçoit presque plus de sillon ; à gauche, le sillon en arrière est plus manifeste ; ses bords plus tranchés, sa coloration plus marquée, et il ne se termine qu'à un centimètre de la ligne médiane.

2° La corde a laissé un sillon plus marqué dans toutes ses parties au côté gauche qu'au côté droit du corps. Le fond du sillon est parcheminé, les bords sont rouges, et cette rougeur se continue un peu avec les parties voisines. Il y a sur les bords mêmes de petits capillaires nettement dessinés.

EXAMEN PROFOND

1° *Région du cou.* — Une incision verticale est faite, suivant l'axe du corps, allant de la fourchette sternale à la symphyse du menton, mettant ainsi à nu le fascia superficialis et le peaucier qui ne présente aucune altération sauf peut-être du côté droit, où la peau est en dedans un peu parcheminée. Après avoir coupé l'insertion sternale du sterno-mastoidien droit, on la récline en dehors, et on met à nu le manchon aponevrotique qui contient les vaisseaux ; il semble que l'on remarque dans cette gaine, à la partie correspondant au sillon, une suffusion sanguine. L'aponévrose enlevée, nous trouvons, en effet, une suffusion sanguine assez étendue, manifestement apparente et infiltrée dans les tissus voisins.

Nous détachons une partie de la carotide primitive gauche, jusqu'à un centimètre au-dessus de la division (remarquant que le passage du sillon correspond à la carotide primitive) ; au niveau de la bifurcation existent des plaques athéroma-

teuses ; au-dessous et à deux centimètres, il y a parallèlement au sillon une éraillure (de la tunique interne) de 0,002^m de longueur, perpendiculaire à l'axe des vaisseaux, et dont les bords sont un peu infiltrés.

Nous détachons également une partie du pneumogastrique, et là dans la gaine du nerf, au niveau du passage du sillon, il y a une suffusion sanguine très évidente, et du sang épanché du volume d'un haricot.

Des coupes successives faites sur le pneumogastrique montrent au niveau du sillon, comme un certain écrasement de la fibre nerveuse. Rien du côté gauche, artère carotide primitive également athéromateuse.

2° Cavité thoracique. — Nous constatons que le poumon droit est presque entièrement en avant. Le médiastin antérieur est garni d'une couche épaisse de graisse, le cœur également entouré de tissu adipeux.

Pas d'adhérences des poumons.

En arrière, ils sont congestionnés et d'une couleur vineuse.

La trachée ouverte est rougeâtre, congestionnée, mais dans le larynx, il n'existe pas de mousse ; à la partie postérieure sont des mucosités et un piqueté blanchâtre, comme un semis de farine très manifeste, à partir de trois travers de doigt du cartilage cricoïde jusqu'à la bifurcation, et même jusque dans les deux divisions bronchiques.

La congestion de la trachée est surtout visible à la partie postérieure de ce conduit qui forme un replit saillant et comme un bourrelet visible dans toute son étendue ; elle est là d'un rouge vineux avec une teinte ecchymotique et au-dessous des sinus du larynx il y a une hémorragie sous-muqueuse ; en y regardant bien on y remarque des hémorragies ponctiformes. La teinte rougeâtre devient rouge sombre vers la bifurcation de la trachée.

L'œsophage incisé est pâle, d'un blanc lavé.

Les poumons sont pâles, en avant, il y a un peu d'emphysème et une fine crépitation sur les bords. Le poumon droit

présente des taches de Tardieu dans la rainure qui sépare le lobe supérieur du lobe inférieur ; ces taches sont d'une grandeur variant du diamètre d'une lentille à celui d'une tête d'épingle ; lorsqu'on les incise, on voit qu'elles sont le résultat d'une petite hémorragie sous-pleurale. Il existe encore de ces taches sur la surface du lobe inférieur il en existe une volumineuse à la partie inférieure du lobe inférieur, et il y a là comme une apoplexie pulmonaire. Le poumon est crépitant ; lorsqu'on l'incise, on le trouve exsangue au lobe supérieur, très mousseux, avec des parties plus congestionnées les unes que les autres.

Par les veines s'échappe du sang noir. Pas de mousse dans les bronches.

Le lobe moyen est semblable au lobe supérieur.

Le lobe inférieur en sa partie inférieure est brun, noirâtre, de sorte que sa partie tout à fait postérieure présente les caractères macroscopiques de l'apoplexie.

Au poumon gauche quelques taches ponctiformes dans le sillon qui sépare le lobe supérieur de l'inférieur ; à la coupe, mêmes signes que ceux indiqués pour l'autre poumon, mais moins accusés.

Sur l'aorte ascendante, dans le cul-de-sac péricardique, cinq ou six taches de Tardieu, très manifestes. Les deux taches jumelles, grosses comme des grains de chenevis, situées sur l'aorte, sont on ne peut plus caractéristiques. Notons d'ailleurs qu'en cet endroit les vasa-vasorum sont très congestionnés. Il existe une petite tache de Tardieu sur la partie antérieure et inférieure du ventricule droit.

Le cœur droit est très flasque et le cœur gauche ne renferme pas de sang, il paraît plus résistant.

3° *Cavité abdominale.* — La surface interne de l'estomac est caractérisée par des tractus sinueux semblables à ceux que l'on rencontre sur l'estomac des buveurs. Au niveau du pylore existe un piqueté couleur vermillon et tout à fait caractéristique des taches sous-muqueuses de Tardieu.

Foie. — Il est très gras et se laisse déchirer.

Rien à la vésicule biliaire.

Duodénum. — Au-dessus du duodénum à sa surface péritonéale, une suffusion hémorragique, rien à la surface interne.

Crâne. — L'os est dur et non transparent.

La calotte crânienne enlevée, la dure-mère apparaît présentant des adhérences avec l'arachnoïde, à la région du vertex.

Il y a épaissement de l'arachnoïde et de la pie-mère, qui sont devenues d'un blanc laiteux, et ce piqueté blanchâtre est surtout manifeste dans les espaces qui séparent les circonvolutions, toutefois l'arachnoïde et la pie-mère s'en détachent très bien.

Les tractus cellulaires sont plus marquées à droite qu'à gauche.

On ne voit rien à la surface extérieure de la base du cerveau.

À la réunion des deux tiers antérieurs avec le tiers postérieur de la face supérieure, il y a une congestion manifeste, surtout à gauche.

Rien dans les ventricules qui sont *exsangues*.

Au cervelet, la surface extérieure paraît légèrement congestionnée.

Rien à la coupe.

Rien au bulbe ni à la protubérance annulaire.

Les reins sont d'un brun noirâtre congestionnés, et atteints de néphrite chronique.

La rate est molle, d'un volume normal, remplie de bouillie.

Il n'y a rien à la vessie ni dans le canal de l'urètre. L'examen au microscope du liquide recueilli à l'extrémité de la verge, au moment de l'autopsie, montre une très grande quantité de spermatozoïdes.

Les faits cités dans les précédents paragraphes montrent d'une manière certaine que M. T. était atteint d'alcoolisme chronique. Les lésions de date ancienne dans les méninges expliquent les maux de tête persistants auxquels il

était sujet depuis longtemps, et les troubles psychiques qu'il a présentés pendant les derniers moments de sa vie.

L'autopsie prouve que la pendaison a eu lieu pendant la vie et que cette pendaison est le résultat d'un suicide.

Nous avons trouvé les lésions les plus évidentes de la mort par pendaison.

Nous serions même porté à croire à cause de la déchirure de la carotide et des suffusions profondes dans la gaine aponévrotique près de ce vaisseau que M. T., après s'être mis la corde au cou et après avoir passé plusieurs jets de corde autour du clou s'est laissé tomber, ou s'est projeté vers le sol, la tête en avant, de telle sorte qu'il a été arrêté brusquement dans sa chute par le lien constricteur. De là, une suspension immédiate de la respiration, une commotion cérébrale accompagnée de syncope.

La mort a dû arriver très vite, ce qui est prouvé par les taches de Tardieu trouvées en grand nombre sur différents organes et par la pâleur extrême de la face. Notons d'ailleurs que la langue ne proéminait par hors de la bouche entre les arcades dentaires et que les yeux ne présentaient pas de saillie hors de l'orbite.

La pendaison est manifestement le résultat d'un suicide. M. T. a pris la corde dans une chambre voisine de la sienne. L'obliquité du sillon et sa forme parabolique ne se rencontrent que dans le suicide. Il faut noter aussi comme autre preuve à l'appui de cette manière de voir, l'emplacement choisi par M. T. dans un espace laissé libre, mais relativement assez étroit entre un des murs de la chambre et la porte ouverte.

Des faits précédemment cités et de leur discussion nous concluons :

- 1° Que la pendaison a eu lieu pendant la vie;
- 2° Que la pendaison est le résultat d'un suicide.

OBSERVATION II

(*Communiquée*)

Un homme de 50 ans s'est pendu dans une maison de justice militaire avec sa cravate. Cet homme est très fort, sa barbe est rude et très épaisse.

La verge est très grosse, dans un état de flaccidité, les poils sont empesés par du sperme et luisants.

Sur les tibias des 2 côtés, il existe des ecchymoses et des écorchures d'un brun noirâtre, pleines de sang, et d'un centimètre de diamètre; au-dessous de la rotule du côté droit, se trouvent deux pertes de substance linéaires, perpendiculaires à l'axe des membres, d'un aspect rutilant et vitré. Les pouces de chaque main sont fléchis dans la paume.

Un sillon large à sa partie antérieure surtout, parcheminé, nettement situé au-dessus du cartilage thyroïde est large sur la ligne médiane de près de deux centimètres. Les bords déchiquetés avec la peau plissée et comme arrachée, avec petits enfoncements, se dirigent vers le côté droit, ou à peu près au niveau du bord interne du sterno-mastoïdien; ils présentent une ecchymose rougeâtre; de là, le sillon s'efface, sa coloration n'est plus manifeste, la peau est blanche est presque normale, et ce n'est qu'au bord postérieur du même muscle, à 5 centimètres $\frac{1}{2}$ de l'apophyse marsoïde que l'on voit se dessiner une ecchymose rosée et plus superficielle.

L'aspect général du côté droit du cou dessine d'une façon très manifeste deux petits sillons à bords parallèles, décrivant des courbes sinueuses et qui sont évidemment les marques imprimées du lien qui a servi à la pendaison.

Ces divers sillons à bords parallèles ont tous, comme point de départ un lieu commun, situé au cartilage thyroïde, et se dirigent en arrière jusqu'au bord antérieur du trapèze, à 6 centimètres de l'apophyse mastoïde.

Aucôté gauche l'ecchymose brune et parcheminée remonte plus haut, elle est large de près de 2 centimètres $1/2$, et finit en pente triangulaire à 5 centimètres de la ligne médiane.

Sur sa surface se trouvent des plis saillants durs et rugueux au toucher, mais sans ecchymose. Au-dessous de l'angle du maxillaire inférieur, se voit une ecchymose superficielle très rosée, avec une coloration blanchâtre.

La dissection de la peau du côté droit montre ces épanchements à la partie postérieure du tégument et des suffusions d'autant plus manifestes en dedans qu'elles paraissent en dehors, mais il n'y a pas d'épanchement, le peaucier est absolument sain.

OBSERVATION III

(Communiquée)

Autopsie du nommé B., détenu au fort de Bicêtre, trouvé pendu le 18 novembre, à 9 heures du matin.

Cet homme se serait pendu avec sa cravate. A quelle hauteur ? — S'est-il pendu ou suspendu : on l'ignore.

EXAMEN EXTÉRIEUR

C'est le cadavre d'un homme robuste. Il est chaussé de chaussons de lisière et vêtu d'un pantalon bleu, d'un caleçon de toile sur lequel se remarquent, dans les rainures interfessières, des traces de matières fécales desséchées, et d'une chemise portant marqués au fil rouge, les signes suivants : numéro 929 — P... — P. M. L. B. On ne trouve rien dans les poches du pantalon.

Le cadavre encore très rigide est généralement pâle.

EXAMEN DES PARTIES ANTÉRIEURES

1° *Tête*. — La tête est inclinée du côté gauche. Les cheveux sont châtain foncé. Oreilles blanches, non colorées par du sang. Pupilles largement dilatées au milieu d'une cornée déjà un peu flasque et sans brillant. La pupille gauche est franchement circulaire, la droite est ovale dans le sens vertical. La conjonctive du côté gauche est congestionnée. Lèvres pâles ainsi que les gencives et toute la muqueuse buccale. Narines largement ouvertes, sans écume. Sur le bord inférieur du maxillaire gauche, ouverture ovale d'un centimètre de diamètre, à bords tranchés et indurés comme ceux d'un orifice de trajet fistuleux. On sent là une induration périphérique.

2° *Cou*. — Sillon caractéristique en fer-à-cheval, dont le milieu passe au-dessous du cartilage thyroïde, dont les branches vont symétriquement vers les apophyses mastoïdes. Le sillon plus marqué à gauche est généralement bleuâtre, large de deux centimètres et bordé sur tout son trajet et sur ses deux bords de taches rouges irrégulières. Il n'est pas parcheminé, on ne voit pas de trace de nœud.

3° *Thorax*. — Sur toute la surface, traces de brûlures évidemment faites avec le marteau de Mayor ou autres corps en ignition appliqués pour essayer de ramener le suicidé à la vie.

4° *Membres supérieurs*. — Aucune trace de tatouage, ecchymoses à la face dorsale, conséquence du décubitus *post mortem*.

5° *Organes génitaux*. — Rien d'anormal, pas de commencement de putréfaction des bourses; verge pendante, assez grande quantité de matière sébacée dans les sillons balano-préputial. Le méat est mouillé par un liquide qui ne semble pas être du sperme; d'ailleurs, la partie de la chemise qui couvrirait cet endroit ne présente pas de taches spermatiques, mais seulement des souillures produites par l'urine.

6° *Membres inférieurs*. — Pas d'ecchymoses, ni de traces de violence. A la partie interne de la cuisse gauche siège une petite tache rouge entourant un poil, semblable à une pétéchie de scorbut.

EXAMEN DES PARTIES POSTÉRIEURES

Sur tout le corps et particulièrement aux jambes et aux lombes, larges ecchymoses de *décubitus post mortem*.

En arrière de l'acromion (à gauche) tache jaunâtre parcheminée, semblant avoir succédé à une éraflure. Plus bas, dans la région scapulaire, un furoncle presque guéri.

Anus. — Large, s'ouvrant facilement par une traction exercée sur les fesses. Les plis radiés sont conservés. Sur les bords de la marge, traces de matières fécales. Pas de végétations.

AUTOPSIE

1° *Dissection du sillon*. — Incision médiane verticale à laquelle se réunissent deux incisions suivant les clavicules, de manière à former deux lambeaux que l'on dissèque en triangles. La peau laisse voir par transparence le sillon qui a été décrit, et à sa face profonde on voit les suffusions sanguines qui correspondent aux taches rouges des bords extérieurs du sillon.

Sur le fascia superficialis, teinte plus nacrée au niveau du sillon. Plus profondément on ne voit rien. Les pneumogastriques et les sympathiques sont enlevés à ce niveau pour être soumis à un examen.

2° *Poitrine*. — Les organes sont bien en place. Quand on détache les poumons on est frappé de la quantité de sang noir qui gorge les veines jugulaires.

Poumons. — Tous deux sont congestionnés à la partie postérieure et inférieure. A la coupe on fait sourdre du pus de quelques bronches. Les sommets contiennent beaucoup d'air.

Sur les deux poumons, en arrière, quatre ou cinq taches de Tardieu.

Les bronches contiennent un peu de mousse ; on n'en trouve pas dans la trachée.

Larynx. Pas de fracture des cartilages. A la base de l'épiglotte, petites suffusions sanguines. Un peu d'écume dans le ventricule de la glotte.

Cœur. — Sang fluide dans les cavités et dans l'aorte, pas de caillots.

Péricarde. — Normal, pas de tache de Tardieu.

3° *Abdomen.* — Organes en place. Rien de particulier dans les organes. L'estomac est déjà en voie de putréfaction, mais on peut y voir des suffusions sanguines et des arborisations. Ces mêmes suffusions se remarquent dans le duodénum.

4° *Cerveau.* — Rien à noter.

L'examen des oreilles a été fait ; on n'y a rien trouvé de particulier. Les yeux seront examinés ultérieurement.

OBSERVATION IV

(Communiquée)

S., âgé de 22 ans, 2° soldat au 5° régiment d'infanterie de ligne, a été trouvé pendu au fort de Noisy.

Un infirmier, envoyé hier à Vincennes, a rapporté le peu de renseignements suivants :

Cet homme était au fort de Noisy, atteint d'un eczéma des bourses, soldat depuis quatre ans.

On l'a trouvé pendu à son lit, non pas suspendu, mais pendu à la partie supérieure du châlis, à la hauteur de un mètre environ. Après constatation de la mort, il a été envoyé à l'hôpital de Vincennes et de là au Val-de-Grâce. Il se serait pendu avec sa cravate ; on n'a pu retrouver le lien suspenseur.

EXAMEN EXTÉRIEUR

Mesure du cadavre : 1 m. 65.

Tête : les cheveux sont très courts et blonds.

Les pupilles sont grises.

A l'arcade sourcillière du côté gauche se trouve une *exco-*
riation ; il y en a une seconde à la joue gauche au niveau de
l'os malaire.

Il y a du sang caillé dans l'ouverture des narines.

La face du côté droit est noirâtre.

Le cou présente un sillon, surtout marqué à la partie
gauche.

Thorax : ne présente rien de spécial.

Abdomen : des signes évidents de putréfaction se montrent
dans les deux fosses iliaques, ils sont plus prononcés à droite.

Verge : elle est humide.

Bourses : le scrotum est rouge, volumineux, siège d'une
affection qui est probablement de l'eczéma.

Rien de particulier aux membres inférieurs.

Partie postérieure

Tête : rien de spécial.

Epaules : du côté droit, au niveau de l'insertion du deltoïde,
se trouve une écorchure fraîche, parcheminée, faite pendant
la vie.

En arrière, sur tout le dos, on remarque des signes de
congestion.

Anus : sortie des matières fécales. L'anus ne présente rien
de particulier, il est assez large sans avoir les caractères de
l'infundibulum.

EXAMEN DES ORGANES INTERNES

Crâne. — La surface du cerveau ne paraît pas très con-
gestionnée, cependant il semble qu'il y ait plus de congestion

à droite qu'à gauche, congestion qui est en rapport avec le décubitus.

Des coupes successives montrent que la substance blanche semble être un peu piquetée, mais le sablé n'est pas très marqué.

Il s'est écoulé un peu de sérosité des ventricules, mais il n'y a rien de particulier dans ces ventricules.

Protubérance et bulbe : rien.

Cou. — La peau est disséquée au niveau du sillon.

Du côté gauche, le sillon laisse une impression à peine visible sur le peaucier ; sous le peaucier, il n'y a absolument rien.

Le sillon est en fer-à-cheval plus marqué à gauche qu'à droite, au-dessus du larynx, large de 1 centimètre, parcheminé, écailleux ; au-dessus surtout, on remarque une partie plus pâle et encore anémiée. Le sillon s'élargit en arrière, et remonte jusqu'à la protubérance occipitale externe. Là, il n'y a plus de parties parcheminées.

Bouche. — La langue était turgescente et faisait saillie, il a toutes ses dents qui sont très belles.

Sur la langue, on voit un sillon marqué par l'impression de la mâchoire supérieure.

La trachée a été liée ; le larynx est enlevé avec l'os hyoïde ; l'épiglotte est relevée ; la portion des pneumogastriques située au niveau du sillon a été enlevée des deux côtés.

Pharynx. — On remarque sur la muqueuse un grand nombre de granulations et une congestion très vive, surtout à gauche, près de l'ouverture de la trachée.

Du côté de la colonne, il n'y a rien d'anormal.

Poumons. — Ils sont volumineux et remplissent la cavité thoracique ; des adhésions maintiennent le poumon droit aux côtes et au sternum dans toute son étendue.

À gauche, le poumon ne présente rien de particulier ; il crépite très bien.

L'œsophage est lié immédiatement au-dessus de l'estomac ;

Le poumon droit est adhérent au diaphragme.

Dans le poumon gauche, on voit deux taches de Tardieu; il est volumineux, présente des parties turgescents et d'une coloration rouge groseille.

Vers le sommet, sont deux petites taches de Tardieu, l'une noirâtre; elles sont tout à fait superficielles et siègent au-dessous de la plèvre; l'autre est d'un rouge vif, non saillante, étoilée, superficielle.

En arrière, on remarque trois petites taches de Tardieu; à la section, le poumon est congestionné, avec coloration rouge groseille très marquée; en certains endroits, coloration qui correspond à la coloration identique de la surface.

Le poumon droit présente un grand nombre de taches sous-pleurales; ce sont de petites hémorragies qui se trouvent dans l'épaisseur de la plèvre et non dans celle du poumon; elles sont très nombreuses, il y en a un semis au lobe supérieur.

A la coupe, on retrouve la même coloration vermeille très étendue; la partie inférieure présente un engorgement très prononcé.

Os hyoïde. — Il n'y a rien du côté de l'os hyoïde.

La trachée est incisée, on y trouve des mucosités, la muqueuse est rougeâtre; à la ramification des bronches, on commence à trouver de l'écume qui est en quantité manifeste.

Cœur. — Il n'y a pas beaucoup de sang dans les cavités.

Le cœur à la coupe est un peu pâle, couleur feuille morte, il est rigide. On ne trouve pas de caillots; l'artère pulmonaire n'offre rien de particulier.

Estomac. — Il est lié à ses deux extrémités; il est enlevé. On l'incise dans une assiette le long de la petite courbure.

On constate sur toute l'étendue de la muqueuse et formant un îlot vers le cardia et vers le pilore, des taches rouges constituées par de petites hémorragies tout à fait superficielles, siégeant dans la muqueuse et ressemblant à une empreinte de mousse.

Foie. — Il est ferme, n'est pas très congestionné.

Rate. — Ferme, normale.

Reins. — N'offrent rien de spécial.

A l'incision de l'escharre, on voit de petites hémorragies ponctuées, siégeant dans le derme et démontrant que la lésion s'est faite pendant la vie.

OBSERVATION V

(Communiquée.)

Autopsie médico-légale du nommé D, maréchal-des-logis trompette au 13^e d'artillerie, trouvé pendu le 19 juin 1878, à trois heures du soir, et apporté à l'amphithéâtre du Val-de-Grâce.

L'autopsie faite le 21 juin, à 8 heures 1/2 du matin, a fourni les renseignements suivants :

Tête. — (Visage). Yeux gris, pupilles dilatées (6^{mm} de dilatation), commencement d'altération du poli de la cornée, moustaches et impériale rousses, rien de particulier du côté des narines et de la bouche, rigidité des maxillaires, langue relevée contre la voûte palatine, ne paraît pas avoir été mordue par les dents, barbe paraissant dater de deux jours, oreilles violacées noirâtres.

Cou. — Sillon situé à 8 c. du menton et à 8 c. de la fourchette sternale.

Ce sillon qui fait presque complètement le tour du cou est constitué à gauche par une ligne qui part un peu au-dessous du cartilage thyroïde à 0,01 c. et se dirige obliquement dans une direction parabolique vers le sterno-mastoïdien, et de là remonte vers la base occipitale. Dans ce trajet, ses bords et sa surface varient en largeur et en coloration : sec et moins profond vers la ligne médiane, il devient parcheminé sur le côté et en arrière, où il est beaucoup plus large ; il a une teinte rouge violacée sur les bords, il est d'un blanc pâle ressemblant à la coloration de l'urticaire ; à droite, il présente

les mêmes caractères sur la ligne médiane; parcheminée latéralement, et il est un peu plus accusé vers la partie postérieure, remontant encore vers la base occipitale. Il existe une ligne marquée, saillante, d'un rouge vif, ressemblant à une égratignure, et partant du cartilage thyroïde pour remonter vers la base occipitale.

Thorax. — Chair de poule très manifeste, surtout sur les parties latérales.

Sur l'abdomen. — Tache verte en occupant toute la superficie.

Organes génitaux. — Verge noirâtre et rouge vers le gland, qui suinte un liquide d'un blanc laiteux filant. Signes de putréfaction du côté du scrotum.

Membres supérieurs. — Tatouage à l'avant-bras droit (cœur transpercé d'un sabre avec trois initiales D. L. J., un trophée et la date 1853), chair de poule, rien de particulier à gauche, peu de rigidité.

Membres inférieurs. — Rigidité plus prononcée qu'aux membres supérieurs.

RÉGION POSTÉRIEURE DU CORPS

Conjection hypostatique de tout le tronc, traces de matières fécales noires, au pourtour de l'orifice anal, à la partie postéro-interne des cuisses et inférieure des jambes.

EXAMEN DES ORGANES INTERNES

Poumons. — Volumineux et remplissant très nettement toute la poitrine. Il existait des adhérences du côté droit, surtout au sommet. La partie antérieure des deux poumons est pâle et anémiée, toute la région postérieure est au contraire congestionnée. Aux deux sommets, nodosités tuberculeuses en grande quantité et de grosseur variable, depuis le volume d'un grain de millet jusqu'à celui d'une fève. Au sommet du poumon gauche, il existe de l'emphysème, et sur

le bord antérieur, en bas, une petite tumeur violacée et dure, de la grosseur d'une noix.

Au sommet du poumon droit, une caverne, contenant un sang noir, et du volume d'une petite orange.

Les plèvres sont très vasculaires, on y voit par transparence une série de petits noyaux perceptibles au toucher.

Cœur. — Péricarde gras et complètement adhérent. Les deux feuillets péricardiques sont si intimement accolés que la cavité séreuse a complètement disparu ; tout au plus en retrouve-t-on des traces à sa partie inférieure.

Cœur droit : contient un sang noir liquide poisseux. On y trouve un caillot (*post mortem*) se prolongeant assez loin dans les vaisseaux.

Cœur gauche : contient encore du sang en petite quantité. Les oreillettes sont saines; pas d'altération valvulaire.

Abdomen. — Le mésentère recouvre complètement les intestins. Ceux-ci sont un peu violacés, mais ne présentent rien de particulier.

Foie. — Très volumineux et gras. La rate est saine et ne présente aucune trace d'altération.

Estomac. — Très volumineux. Il renferme des substances alimentaires, une pâte chymeuse dont il est difficile d'apprécier la nature. On y reconnaît cependant des haricots. En tous cas, cet homme est mort en pleine digestion. La surface interne de l'estomac présente les altérations trouvées déjà chez les autres pendus. La muqueuse est tuméfiée, hyperémisée, elle présente des saillies mamelonnées, lui donnant l'aspect de celle de la vessie. Sur ces saillies, des points hémorragiques consistant en taches rouges et en petit piqueté rougeâtre.

Reins. — Sont sains.

Cerveau et ses enveloppes. — Méninges saines, à l'incision de la dure-mère le liquide arachnoïdien s'écoule en assez grande quantité. La substance cérébrale paraît légèrement ramollie du côté droit au niveau de la partie supérieure du lobe pariétal. Pas de traces de tubercules, ni de tumeur dans

l'épaisseur du cerveau. Rien dans les ventricules. Le cervelet est sain.

OBSERVATION VI

(Communiquée)

RAPPORT SUR L'EXAMEN MÉDICO-LÉGAL DU CORPS DU SIEUR D.,
SERGENT-SURVEILLANT A LA MAISON DE JUSTICE MILITAIRE.

Le nommé D. a été trouvé pendu, le 12 mai 1877, à 5 heures 40 du matin, à l'aide d'une corde servant à fermer sa paillasse, dans la chambre n° 36 de la maison de justice militaire. Le cadavre a été transporté à l'amphithéâtre de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, et le 14 mai 1877, nous avons dû chercher à résoudre les questions suivantes :

1° La pendaison est-elle la cause de la mort ?

2° Est-elle le résultat d'un suicide, d'un accident ou d'un homicide ?

EXAMEN CADAVÉRIQUE

Le cadavre est celui d'un homme de 30 à 35 ans, assez vigoureusement constitué. Il est revêtu de l'uniforme des sergents-surveillants de la maison de justice militaire. La tunique est ouverte. Les pieds et les mains sont assez lâchement liés à l'aide de la cravate d'ordonnance, déchirée en deux lambeaux, suivant la longueur. Le sujet dépouillé de ses vêtements, on constate qu'il est porteur d'un bandage herniaire inguinal gauche.

La face est pâle et calme. Les yeux ne sont pas saillants, il ne s'écoule de la bouche aucune écume sanguinolente. Les oreilles sont violacées. La langue n'est pas saillante. Les arcades dentaires sont appliquées l'une contre l'autre, on ne peut entr'ouvrir la bouche.

On rencontre sur le cou les traces d'un lien constricteur interrompu seulement au niveau de la glande sous-maxillaire gauche, et sur lesquelles nous reviendrons plus loin.

La partie inférieure de l'abdomen présente une teinte verdâtre assez marquée.

Les bourses sont rougeâtres et présentent çà et là quelques petites ecchymoses.

Il sort de la verge un liquide blanchâtre mais non filant. L'examen de la chemise ne fait reconnaître aucune de ces taches grises irrégulières donnant au linge une consistance empesée.

Pas d'écoulement de matière fécale. Rien de particulier à noter aux membres, si ce n'est aux membres supérieurs, où il existe une rigidité cadavérique assez marquée. Les mains ont leurs doigts demi-fléchis. Du côté droit, l'ongle du pouce a laissé son empreinte sur la pulpe de l'index. Les ongles sont noirâtres et violacés; sur le pouce droit, écorchure de 1 cent. de long, de date assez récente; sur l'annulaire gauche, autre écorchure, mais de date plus ancienne.

Le plan postérieur du cadavre présente des sugillations et des lividités hypostatiques.

L'anus est peut-être légèrement infundibuliforme.

Entre l'os hyoïde et le menton, à 7 centimètres au-dessus de la fourchette du sternum, on trouve les traces d'un lien constricteur ayant fait le tour du cou et interrompu au niveau de la partie gauche de la région sus-hyoïdienne. La parabole décrite par le sillon est située dans un plan horizontal qui se porte transversalement en bas et à droite, de manière que, contigu à gauche à l'angle de la mâchoire, il en est séparé à droite par une distance de 7 centimètres.

Au niveau de la glande sous-maxillaire gauche, il existe une dépression livide, très marquée, irrégulière, et due à la pression du nœud de la corde. La peau du sillon, à droite, est brune, sèche, parcheminée, profondément déprimée. A gauche, elle est rougeâtre, violacée, et présente l'aspect d'une brûlure.

A droite, la peau est blanche sur les bords du sillon. A gauche, suffusion sanguine plus marquée sur le bord inférieur, dans la direction de la clavicule.

Les mouvements de la tête sont libres; il n'existe pas de crépitation ni de mobilité anormale. Par la palpation, rien d'anormal sur les cartilages du larynx. Pas de mobilité ni de craquement.

On pratique une incision verticale sur la ligne médiane du cou. La peau est disséquée et rabattue. Au niveau du sillon, on constate par l'examen de sa face profonde qu'elle est tassée, moins lisse, et comme flétrie et desséchée. Il n'existe à la surface du peucier ni suffusions sanguines ni hémorrhagies. A peine ce muscle paraît-il un peu moins lisse et comme déprimé au niveau du sillon.

Le lambeau gauche est disséqué. Au niveau du point où la peau a été si fortement comprimée par le nœud de la corde, il existe, sur une étendue de 1 cent. q. environ, une plaque de tissu cellulaire blanchâtre parcheminée.

Le peucier, détaché à sa partie inférieure et relevé, ne présente rien sur sa face profonde. Les sterno-mastoïdiens sont intacts. Aucune lésion plus profondément.

On dissèque la nuque : pas de luxation ni de fracture des vertèbres cervicales.

Le cuir chevelu est incisé. — Pas d'épanchement sanguin dans le tissu cellulaire épieranien.

Le cerveau n'offre rien à la base. — Un peu de congestion en arrière et par foyers limités. — Deux de ces foyers occupent la partie postérieure du lobe occipital droit ; un siège en arrière du lobe occipital gauche.

A la coupe, rien dans le centre ovale. — Le plexus choroïde est intact, ainsi que les corps striés ou la couche optique. Les ventricules sont vides.

Le cervelet est sain ainsi que la moelle allongée. Le doigt, introduit dans le canal rachidien par le trou occipital, ne décele rien d'anormal.

Le thorax est ouvert en même temps que l'abdomen. Il

existe quelques adhérences entre les plèvres costale et viscérale, mais ces adhérences sont faciles à détruire. Les poumons, la trachée et le larynx sont alors détachés.

Les poumons sont congestionnés dans les parties les plus déclives et les plus postérieures. Pas d'ecchymoses sous-pleurales donnant un aspect marbré à l'organe, ni de plaques blanchâtres emphysémateuses.

La partie postéro-inférieure du poumon droit, qui est manifestement plus congestionnée que le gauche, présente trois petites taches ecchymotiques. Une tache de même nature existe sur le bord antéro-supérieur du même côté. — Rien à gauche.

La trachée et les grosses bronches sont fendues suivant leur longueur. — Il existe une écume sanguinolente assez adhérente et à bulles assez grosses dans la trachée, à bulles plus fines dans la bronche gauche.

A la coupe, congestion noirâtre, surtout marquée à droite. — Le tissu pulmonaire est gorgé de sang et très friable. — Placés dans l'eau, les fragments du parenchyme surnagent. Nulle part, il n'existe d'infiltration sanguine limitée, de noyaux hémorrhagiques ou apoplectiques dans l'épaisseur même du tissu. Le péricarde est intact : pas d'ecchymoses. — Le cœur est sain et ne renferme aucun caillot.

Le foie et les reins n'offrent rien de particulier à noter. La rate est petite, un peu molle. — Elle n'est pas très développée, bien que l'homme ait séjourné en Afrique.

L'estomac est sain, il ne renferme pas de matières alimentaires.

Congestion légère de la partie supérieure du duodenum.

Le gros intestin renferme des matières fécales.

OBSERVATION VII

Le nommé C. F. a été trouvé pendu à l'imposte de la porte de sa chambre ; l'espace vide au-dessus de la porte était

caché par une grande glace qui a été trouvée déclouée et placée près de son armoire. Pas de chaise renversée près du cadavre. Il est à supposer qu'il est monté sur le montant de son lit, rapproché de 22 cent. de la porte, et de là s'est lancé dans le vide. La hauteur de la porte est de 2^m 08. Porte ouverte et face tournée du côté du corridor ; il était en chemise, dans le milieu de la porte ; déjections fécales agoniques assez abondantes. On n'a constaté aucune trace de désordre dans la chambre. Des voisins l'auraient entendu déclouer la planche de l'imposte vers 6 heures du matin.

Examen du cadavre. — Cadavre non encore réfrigéré surtout aux membres supérieurs mieux couverts que les inférieurs. Rigidité commençante. Face pâle, bouche entr'ouverte, langue en arrière des arcades. Lèvres pâles à la partie externe. Cou assez gros, sillon situé entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde. Limites du sillon : à droite, 4^{mm} en arrière de l'angle de la mâchoire ; à gauche, il se prolonge presque jusqu'au niveau de la ligne médiane postérieure, très nettement parcheminé ; longueur maximum sur la ligne médiane d'un centimètre. La moitié gauche du sillon présente une érosion linéaire d'un rouge vif ; à droite, trois érosions linéaires parcheminées à la partie inférieure.

Hernie volumineuse inguinale à droite. Écoulement grisâtre, probablement spermatique par la verge. Membres inférieurs tachés de matières fécales ; sugillations d'un rouge vif déjà prononcées sur le dos des pieds ; absence de raideur, de contractions agoniques aux deux mains ; pouces non fléchi dans la paume de la main.

Sugillations par la pesanteur très marquées à la partie postérieure des cuisses et du tronc. Les deux pointes du sillon sont séparées par un intervalle de 10 centimètres. La pointe gauche remonte plus haut que la droite, se dirigeant vers la protubérance occipitale.

OBSERVATION VIII

(Communiquée)

AUTOPSIE DU NOMMÉ C., DEMEURANT RUE DE BÉARN

En pénétrant dans la chambre, nous cherchons quelques moments le cadavre que l'on nous montre alors dans la ruelle du lit, entre les pieds du lit et de la muraille. Le lit est situé dans une alcôve, à gauche de la porte d'entrée. Le cadavre est assis, la tête fléchie en avant. Le corps est revêtu d'une chemise, d'un gilet de flanelle, d'un caleçon et de chaussettes. Autour du cou se trouve une ficelle longue de 1 décimètre $1/2$ et terminée par une boucle.

En face du corps est attachée à 2 mètres 50 cent. du sol une ficelle longue de 96 cent. double, et maintenue à un clou à crochet vissé à un lambris. Une des extrémités de la corde est déchirée et se raccorde parfaitement à l'autre morceau passé autour du cou.

En arrière du cou, il existe un sillon très net qui est le sillon produit par la pendaison.

La figure et les mains sont d'un noir brunâtre, résonnent à la percussion; en un mot sont momifiées. Toutefois, il y a des traces de putréfaction lente sur la joue gauche en contact avec le mur et aux deux avant-bras au-dessous des vêtements.

Le corps est celui d'un homme de 30 à 35 ans. A la moustache et aux cheveux, il y a quelques poils grisonnants. Le ratatinement des tissus a beaucoup modifié les traits.

Sur le caleçon et la chemise, au-dessus des parties génitales, il y a une tache jaunâtre produite par la sortie des liquides après la pendaison.

OBSERVATION IX

(Communiquée)

AUTOPSIE D'UN CADAVRE TROUVÉ DANS L'ILE ROBINSON

Le corps de cet inconnu, âgé d'environ 40 ans, est vêtu d'un pantalon en velours, d'un tricot blanc et marron, d'une espèce de veston de travail; le chapeau est large et mou, la chemise a un peu de sang vers le col à droite; il n'y a pas traces de sperme; toutes les autres parties du vêtement ne sont ni déchirées ni souillées de sang.

EXAMEN EXTÉRIEUR

Il existe à quatre travers de doigt, au-dessus de l'oreille droite, une perte de substance de forme triangulaire, longue de 0 m. 012, sa base n'en a que 0 m. 005; elle intéresse le cuir chevelu; cette blessure aurait pu être produite par un instrument tranchant et pointu (un coup de poing américain, par exemple). Le cuir chevelu soulevé, une ecchymose assez large montre que cette blessure a été faite pendant la vie; elle intéresse le péricrâne et le périoste, mais ne va pas plus loin; elle semble n'avoir produit ni enfoncement ni fracture de la voûte osseuse.

Je trouve également une ecchymose beaucoup moins importante sur l'épaule droite, au niveau de l'acromion; les téguments ne sont point intéressés. De plus, sur le bras droit, entre l'épicondyle et l'olécrane, je remarque une troisième ecchymose de forme ovale de 0,02 cent. sur 0,01 cent. avec déchirure des téguments, mais peu profonde.

Les yeux n'offrent rien d'anormal; la langue est en arrière de l'arcade dentaire; les membres sont d'une rigidité cada-

vérique; au pied gauche, sur la malléole externe, une cicatrice provenant probablement d'une ostéite juxta-épiphysaire; le pénis, remarquable par l'absence presque complète du prépuce, à son méat congestionné; un peu de suintement.

Sillon de la corde. — A deux travers de doigt au-dessus du cartilage thyroïde, c'est-à-dire entre celui-ci et l'os hyoïde, je remarque un sillon presque horizontal qui se continue en arrière à 0,04 centimètres au-dessous de la protubérance occipitale. Il est très marqué à droite où il est double : on y voit une ecchymose large de 0,001 millimètre et longue de 0,02 cent., s'effilant en pointe de chaque côté; elle sépare à ce niveau les deux sillons. En arrière, la trace en est très marquée : elle l'est beaucoup moins à gauche au niveau du milieu de la branche horizontale du maxillaire inférieur où le sillon semble, en s'élevant, former un espèce d'angle à sommet supérieur; c'est là très probablement le point de suspension, l'endroit du nœud coulant. Inutile de dire que la trace du sillon est nettement parcheminée.

Une dissection minutieuse est faite en avant entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde; les tissus n'offrent aucune trace d'ecchymoses; les muscles ne semblent pas lésés; la bifurcation de l'artère carotide gauche est athéromateuse, mais sans déchirures de la tunique moyenne et interne; il en est de même à droite où l'athérome est moins prononcé; les pneumogastriques ne paraissent pas froissés.

EXAMEN DES ORGANES

A l'ouverture du thorax : 1° rien de particulier sur le cœur; aucune tache de Tardieu; le ventricule gauche, en particulier, est dur et rigide; rien au ventricule droit. Il s'écoule du cœur gauche un sang fluide d'un rouge un peu brun et d'un aspect légèrement sirupeux; pas de caillots. A la section des vaisseaux, beaucoup de sang liquide. A l'oreillette gauche, rien; quelques traces d'athérome commençant sur l'aorte.

2° Le poulmon gauche sans adhérences est un peu emphysemateux, on y remarque des arcs costaux nettement dessinés. Quelques taches de Tardieu. Volumineux, il crépite peu. A la coupe, il est d'un noir livide, surtout à sa partie inférieure. Pressé, on en fait sourdre une mousse aqueuse ; la muqueuse des bronches est un peu rougeâtre.

3° Le poulmon droit a de nombreuses adhérences, quelques ilots seulement du parenchyme devaient fonctionner ; il est très congestionné ; la partie inférieure est celle d'un poulmon apoplectique.

4° L'estomac est vide ou à peu près ; il présente une large ecchymose brunâtre ; c'est une immense tache de Tardieu, large comme la paume de la main et siégeant vers la grande courbure.

5° Le foie est un peu dur ; il est congestionné ; pressé, on en fait sortir beaucoup de sang veineux.

6° Les reins sont mous et de volume normal ; à la coupe et à la pression il sort du sang veineux en énorme quantité.

7° La vessie est vide ; pas de sperme dans le canal de l'urèthre ; un peu de suintement.

8° Le cerveau ne présente rien d'anormal.

9° La dissection de la nuque jusqu'aux vertèbres ne montre aucune luxation chez celles-ci.

De tous ces faits que conclure ? L'hypothèse du suicide serait pleinement confirmée sans la blessure de la tête et les ecchymoses de l'épaule et du coude ; mais en faisant cette remarque que toutes ces traces de violence se trouvent toutes à droite et sur une même ligne, on peut facilement les attribuer à une chute de cet homme avant son suicide : chute dans laquelle la tête surtout aurait porté sur un caillou ou un pavé pointu. Et alors on est en droit de conclure, avec un léger doute, que la mort de cet inconnu est le résultat d'un suicide et non d'un homicide.

OBSERVATION X

(Communiquée)

H. D... femme D..., âgée de 38 ans, décédée par suite de strangulation.

Le corps est placé sur un lit, nous enlevons les vêtements et nous trouvons des papiers dans le corsage. Un certificat où nous constatons des traces de violence ; une lettre où elle raconte les souffrances que lui faisait endurer son mari. On nous dit que la pendaison a eu lieu dans une mansarde voisine du logement au moyen d'un long cordeau de 6^{mm} de diamètre replié plusieurs fois, de manière à former huit jets ayant une longueur de 1 mètre 40 et se terminant à une de ses extrémités par un nœud coulant.

Cette femme était presque allongée à terre, le nœud autour du cou et l'extrémité libre de la corde accrochée à une tabatière située à la hauteur de deux mètres, la tête se trouvait ainsi placée à 20 centimètres du plancher seulement.

Il y a au côté gauche du cou un sillon de 7^{mm} et une trainée ecchymotique sur une longueur de 7 centimètres. Au-dessous, un sillon plus petit et de même nature. En arrière le sillon se prolonge. Au côté droit du cou les ecchymoses sont beaucoup plus marquées, mais il n'y a qu'un sillon de 1 centimètre 1/2 de long et situé sur le sternomastoïdien. Ce sillon se prolonge en arrière jusque vers la nuque. A droite et à gauche, des sugillations. En avant et en haut, 3 sillons avec empreintes parcheminées. Sous le menton et en son milieu il y a une empreinte rougeâtre, creusée en sillon, qui a été produite par une boule de la corde.

La pupille droite est plus dilatée que la gauche. Les dents sont serrées. Il y a de la rigidité cadavérique : la putréfaction est à peine commencée, il y a un peu de rougeur dans les parties déclives. Il n'y a rien aux conjonctives. Il n'existe pas de traces de violence sur les autres parties du corps.

OBSERVATION XI

(Personnelle)

RENSEIGNEMENTS

On a appris que cet homme était atteint depuis longtemps d'une affection des voies respiratoires qui le gênait beaucoup, et que plusieurs fois déjà il avait manifesté des idées de suicide. On n'a pas remarqué cependant des signes d'aberration mentale.

Le 18 février, en l'absence de sa femme, il monte dans un petit grenier, au-dessus de son appartement, et a soin de refermer soigneusement la trappe qui le sépare de sa chambre. Au bout d'un espace de temps qu'on évalue à une heure, au plus, sa famille s'aperçoit de sa disparition ; un de ses fils monte au grenier, à sa recherche, et constate qu'il est pendu.

Il a noué à une grosse solive, située à 1 mètre 50 du parquet, une corde de petit diamètre, s'en est attaché une seconde autour du cou et s'est suspendu de cette manière à la poutre en passant la seconde corde dans la première.

Quand le cadavre fut découvert, il était presque à genoux, les jambes repliées. Les personnes de sa famille n'ont pas coupé la corde, mais sont allées immédiatement prévenir le commissaire de police, qui est venu constater le fait.

EXAMEN DU CADAVRE

Signes généraux. — Le corps de cet homme qu'on nous dit être le nommé B..., âgé de 49 ans, domicilié rue Sébastien-Gryphe, commence à offrir des indices de putréfaction. Nous remarquons sur le ventre des taches et des sillons verdâtres et la rigidité des membres n'existe presque plus.

Face. — Le front est découvert, sans traces de violence. Nous constatons à la face, dans les culs-de-sac conjonctivaux et sur le bord des paupières des ecchymoses très nettes dont la plus accusée est située sur l'angle interne de l'œil gauche. Les paupières, elles-mêmes, présentent une teinte rosée et la peau est semée d'un pointillé rouge vif. Rien de particulier à l'orifice des narines. La partie médiane de la lèvre inférieure présente une érosion couverte d'un caillot; cette érosion paraît avoir été produite par une dent incisive supérieure. La langue est recouverte d'un enduit sanguinolent.

Cou. — Le cou est divisé en deux régions par un sillon transversal situé à la face inférieure du cartilage thyroïde. Au-dessus de ce sillon, la peau est recouverte d'un petit piqueté scarlatiniforme, exactement semblable à celui que nous avons vu sur la peau des paupières. Au-dessous du sillon, au contraire, nous n'observons rien de semblable. La partie inférieure du cou est d'un blanc cireux. La région de la nuque a une coloration rouge uniforme. Le pavillon des oreilles a une teinte plus violacée et laisse suinter du sang par l'orifice externe du conduit auditif. Le sillon présente une teinte parcheminée, sa largeur est à peu près la même dans toute son étendue; elle est de 7^{mm}. A trois centimètres à droite de la ligne médiane, nous trouvons une plaque plus profondément parcheminée, ovulaire, ayant deux centimètres de largeur. Vers la partie postérieure du cou, le sillon remonte à peine en haut, affecte une forme transversale et ne disparaît que sur la ligne médiane. Au-dessous de lui, en arrière, existe une seconde empreinte qui paraît due à une cause étrangère au lien constricteur.

Disséquant ensuite attentivement cette région, nous remarquons sur le muscle sterno-cléido-mastoidien, du côté droit, une déchirure intéressant le faisceau interne du sillon de 18^{mm} de longueur. Rien de semblable sur celui du côté gauche. Au-dessous du muscle digastrique, du côté droit, nous apercevons aussi un petit épanchement sanguin. Du côté gauche, au niveau de la bifurcation des carotides, on

constate également un autre épanchement de même nature.

Des deux côtés, la gaine de la carotide primitive présente une injection très marquée au-dessus de l'empreinte du lien constricteur. On découvre également de petits noyaux d'épanchement dans les gaines musculaires du plancher buccal et dans la gaine des deux muscles thyro-hyoidiens. D'une façon générale, tous ces noyaux d'épanchement paraissent beaucoup plus marqués à droite.

La trachée est liée à sa partie inférieure et sectionnée ensuite au-dessus de la ligature. Il n'y a pas de fracture de l'os hyoïde. La base de la langue est tuméfiée et l'isthme du pharynx présente une coloration vineuse très vive. L'épiglotte est aussi très injectée et présente des arborisations vasculaires très considérables. La carotide droite, ouverte, ne présente pas de rupture, la carotide gauche ne présente rien d'anormal, excepté quelques plaques athéromateuses.

Cavité thoracique. — A l'ouverture de la poitrine, nous constatons des adhérences considérables des deux plèvres aux parois costales. En coupant le péricarde, on découvre deux taches de Tardieu à la face postérieure du cœur. Celui-ci est assez volumineux, le ventricule gauche contient du sang fluide, le ventricule droit en contient aussi, mais un peu moins. Il y a quelques plaques athéromateuses au niveau de l'aorte. Les poumons sont très congestionnés et recouverts par une plèvre épaisse et adhérente. Ils présentent, en outre, à leurs deux sommets des tubercules fibreux très fins.

Abdomen. — L'estomac est rempli d'un liquide jaunâtre alimentaire. La muqueuse de cet organe présente quelques arborisations vasculaires, surtout au niveau du cardia. Le rein gauche, muni d'un kyste volumineux à la partie supérieure, présente une congestion modérée de toute sa substance. Le rein droit est congestionné également. Le foie volumineux présente en certains points des tractus fibreux cirrhotiques.

Cerveau. — Le cervau est mis à nu à l'aide de la scie, et nous constatons une arborisation vasculaire très serrée à la

face supérieure de la dure-mère. Un épanchement sanguin sous-méningé est situé symétriquement au niveau des circonvolutions occipitales de chaque hémisphère. Rien de particulier à la coupe des différents lobes.

Les organes génitaux n'offrent rien à signaler, sinon une coloration rouge vineux de l'enveloppe scrotale.

CONCLUSIONS

Les résultats de cet examen, et l'ensemble des faits qu'il nous a présentés, nous amènent à conclure :

1° Que le nommé B. a succombé à la mort par asphyxie produite par la pendaison.

2° Que cette mort est simplement le résultat d'un suicide : l'absence de traces de violence, la prédominance des lésions produites par le sillon du côté droit, et l'état des lieux permettant d'écarter l'hypothèse de suicide.

3° L'examen des organes internes de cet individu ne révèle pas de signes certains d'aliénation mentale antérieure, ni aucune autre lésion spéciale.

OBSERVATION XII

(Personnelle)

RAPPORT MÉDICO-LÉGAL SUR UN MEURTRE SUIVI DE SUICIDE

Résumé des principaux renseignements. — C. A. ouvrier à l'arsenal, et M. F. domestique, vivaient ensemble maritalement depuis quelques mois.

L'accord était loin d'être complet dans ce ménage, et des querelles envenimées, de vives discussions parfois suivies de coups et de violences, s'engageaient fréquemment entre A. et M. C'est à la suite d'une querelle de ce genre, survenue

un soir à l'issue du repas, que C. A., ivre de fureur, en l'absence de la mère de M., se serait jeté sur cette personne, l'aurait assommée à coups de hache, non sans une lutte désespérée de la part de cette dernière; puis ce crime accompli le meurtrier aurait déchargé sur lui-même le revolver dont il était armé, et n'ayant pas réussi de la sorte à se donner la mort, il aurait été se pendre à l'aide d'une corde fixée à deux crochets attendant à un placard de la chambre voisine, où on le trouva suspendu, dès que la porte fermée à clef eut été enfoncée.

Premières constatations, état des lieux. — En pénétrant dans le premier appartement, nous apercevons à côté d'une table renversée, et aux pieds d'un placard le cadavre d'un homme, dont la figure et les membres sont ensanglantés, et dont le cou porte l'empreinte d'un sillon circulaire très marqué.

Au crochet de fermeture du placard est fixée solidement une corde récemment coupée, dans le but de ramener cet homme à la vie. Non loin du cadavre, sur le parquet, on remarque un revolver à 6 coups, de petit calibre, dont deux coups sont encore chargés.

En suivant un corridor étroit, dont le pavé est semé çà et là de taches de sang, on arrive à un second appartement qui paraît servir de chambre à coucher. C'est dans cette pièce, sillonnée de larges trainées de sang et où règne le plus grand désordre, que nous découvrons, gisant aux pieds du lit, le corps ensanglanté de M. F. A ses côtés, nous trouvons un couteau de poche ordinaire rougi par le sang, et plus loin, sous une chaise renversée, on aperçoit une hache, dont la lame et le manche sont également revêtus de taches sanglantes.

Examen des deux cadavres. — Ces premières constatations établies, sur la prière de Monsieur X., commissaire de police, et en présence dudit magistrat, nous procédons successivement à l'examen du corps de C. A., et de celui de M. F.

PREMIER EXAMEN

Constatations générales extérieures. — Le premier cadavre soumis à notre examen, qu'on nous dit être celui de Ch. A., ouvrier à l'arsenal, âgé de 25 ans, est le corps d'un homme robuste, vigoureux et bien musclé, dont la taille est de 1^m74, le poids de 63 kilos et la grande envergure de 1^m85.

Examen rapide de la surface du corps. — Une première étude tout à fait superficielle nous permet de faire les constatations suivantes : « Les cheveux sont châtain et abondants ; les yeux gris, entr'ouverts, laissent apercevoir des pupilles peu dilatées. La face et la partie supérieure du crâne sont souillées de sang, et cette dernière partie nous présente, à première vue, des traces de nombreuses blessures, dont nous relatons plus loin, en détail, la forme et la nature. Enfin, le reste du corps, au premier aspect, n'offre rien de bien particulier, sinon un sillon de forme circulaire peu profond, mais très apparent néanmoins, autour du cou, et la trace d'une contusion très ancienne au niveau de l'épaule droite.

Examen détaillé de la surface du corps. — Passant ensuite à l'examen approfondi des différentes parties du corps, voici ce que nous avons constaté :

La tête spécialement est le siège de nombreuses lésions. Dans le but de faciliter l'examen, nous coupons au ras du cuir chevelu, les cheveux abondants et épais de la victime. Ceci fait, nous constatons en arrière, à l'union du bord pariétal droit et de l'occiput *une petite plaie* étoilée allant presque jusqu'à l'os. Plus loin, près du vertex, toujours du côté droit, l'on voit une *autre plaie linéaire* de deux à trois centimètres, paraissant due au choc d'un instrument tranchant et contondant. Une *plaie de même nature* offrant une longueur de 19^{mm} environ, se trouve sur la ligne médiane. En avant, presque au milieu du front et à la racine des cheveux, on aperçoit très nettement une *petite plaie ovale* à bords entourés d'une aréole brun-noirâtre ; en un mot offrant l'aspect

d'une plaie produite par une arme à feu. En inclinant sur le côté droit, à 36^{mm} environ de la bosse pariétale droite et à 40^{mm} de la ligne médiane, nous trouvons encore une plaie produite selon toutes probabilités, par un instrument contondant. Cette plaie est longitudinale, régulière, avec un écart de 19^{mm}. Enfin, tout à fait latéralement dans la région temporo-pariétale droite, on rencontre une surface couverte de nombreux caillots de sang, sur laquelle apparaissent après le nettoyage six trous de forme ovale, étagés et légèrement espacés par des intervalles de peau saine. Chacun de ces trous nous présente une ouverture béante, déchiquetée, autour de laquelle, à travers des cheveux roussis, on distingue aisément une zone colorée brun-jaunâtre, ainsi qu'on le voit fréquemment dans les blessures par armes à feu. Enfin, à 40^{mm} environ de la queue du sourcil gauche, se dessine une ouverture à bords frangés, offrant les mêmes caractères que les précédents. — L'ensemble de ces diverses constatations nous donne le chiffre de *onze plaies* intéressant le cuir chevelu.

Afin de poursuivre l'examen de ces différentes blessures et pour en déterminer la profondeur, nous enlevons à l'aide d'un scalpel le cuir chevelu. Tout en procédant lentement et avec attention à cette opération, nous découvrons successivement sous la peau : 1° au-dessus du front dans la direction du vertex un 1^{er} projectile, sorte de balle cylindro-conique fortement aplatie ; latéralement à droite au-dessus de l'oreille, un 2^{me} projectile exactement semblable, puis un peu plus loin, mais toujours dans la fosse temporo-pariétale droite, un 3^{me}, puis un 4^{me} projectile de même nature. Puis en poursuivant plus loin encore, toujours du même côté, nous rencontrons encore un 5^{me} projectile ; plus en arrière un 6^{me} et 7^{me} projectile absolument tous semblables aux premiers, et présentant à peu de chose près le même degré d'aplatissement. Dans la fosse temporale gauche, constatation d'un nouveau projectile analogue qui est le dernier. Chose remarquable, aucun de ces projectiles n'a pénétré dans le crâne

dont les parois ont été partout respectés ; c'est à peine si en quelques endroits on remarque de légères éraflures marquant l'endroit où est venu s'aplatir le projectile. Ces dernières constatations, selon nous, sont d'une importance extrême, car elles nous permettront d'affirmer dans nos conclusions, que la mort de cet homme ne doit pas être rapportée à aucune de ces blessures qui n'ont pas intéressé le cerveau.

Examen détaillé du cou. — Néanmoins, pour vérifier l'état de cet organe, nous enlevons à l'aide d'une scie, la voûte crânienne, et les deux hémisphères cérébraux nous apparaissent recouverts d'une suffusion sanguine générale, particulièrement visible du côté droit, qui correspond d'ailleurs à la majeure partie des plaies extérieures. Rien à l'intérieur.

Cou. — Ensuite, examinant attentivement le cou, nous remarquons à sa surface un sillon circulaire déjà précédemment signalé, qui est situé au-dessus du cartilage thyroïde, se dirigeant à droite vers l'angle de la mâchoire, pour se perdre ensuite en arrière très près de la ligne médiane ; se rendant à gauche à la base du lobule de l'oreille, pour remonter ensuite en haut et en arrière. La dissection minutieuse des différentes couches situées à ce niveau sous la peau, ne nous révèlent pas de signes bien particuliers. Nous ne constatons rien immédiatement sous la peau et dans le tissu cellulaire sous-cutané ; rien dans le muscle peaucier. L'examen des autres muscles de la région, des vaisseaux et de leurs gaines, est également négatif. Tout ceci nous servira à démontrer que la constriction du lien circulaire n'a pas été très forte ni de longue durée.

Examen détaillé des organes internes. — Nous passons alors à l'ouverture de la poitrine et de la cavité abdominale, pour examiner les organes qu'elles renferment.

Les poumons sont ceux d'un asphyxié ; nous y remarquons une teinte rouge vineuse très prononcée dans toute leur étendue. En pressant leur tissu, on fait sortir une écume sangui-nolente. Le poumon droit présente çà et là, dans ses différents lobes, et tranchant, pour ainsi dire, sur la couleur rouge

sombre asphyxique, un certain nombre d'îlots rouges carminés, d'une étendue variable. Le lobe supérieur du poumon gauche est parsemé d'une quantité de taches de même coloration. Notons sur le péricarde et le ventricule droit, la présence de nombreuses taches de Tardieu.

Le cœur droit ne renferme point de caillots de sang noirâtre. Les valvules sont saines. Point de caillots non plus dans le ventricule gauche.

Les reins sont très congestionnés et d'un volume normal. La rate assez petite est également très congestionnée.

Quant au foie, c'est le vrai type du foie asphyxique.

L'estomac volumineux est rempli d'aliments semi-fluides non digérés. La muqueuse a la forme d'une muqueuse dite à colonnes. Sa surface est légèrement rougeâtre et présente en quelques points, surtout du côté du cardia, quelques taches de Tardieu.

Rien de particulier du côté des organes génitaux.

DEUXIÈME EXAMEN

Second cadavre, qu'on nous dit être celui de M. F., âgée de 36 ans, domestique.

Examen rapide. — En passant en revue, d'abord la surface du corps, nous constatons la disparition à peu près complète de la rigidité cadavérique et l'absence de putréfaction. Rien de particulier au cou, pas d'empreintes de doigts, face ensanglantée. Pas de signes apparents de grossesse. En arrière, grosses plaques rouges dues au décubitus. Organes génitaux bien conformés. L'hymen a disparu et le vagin paraît lubrifié par des pertes assez abondantes. Le membre supérieur du côté droit ne présente rien de bien particulier. A la face dorsale du cinquième doigt de la main gauche, nous constatons une plaie profonde de 22^{mm} de longueur, obliquement dirigée de haut en bas et du dehors en dedans, et ayant dénudé largement l'articulation de la première et de la deuxième phalange. La face antérieure de la première phalange des quatrième et

cinquième doigts est le siège d'une ecchymose considérable. Rien de particulier aux membres inférieurs.

2° *Examen détaillé.* — La tête présente une grande abondance de cheveux accolés par du sang coagulé. Après avoir rasé entièrement cette chevelure, nous constatons les lésions suivantes : Une première plaie située un peu en dedans de la bosse pariétale gauche oblique d'arrière en avant et de gauche à droite, de forme linéaire et à bords mâchonnés, d'une longueur de 37^{mm} et intéressant tout le cuir chevelu jusqu'à l'os ; une autre plaie de 3 centimètres de longueur, dont la direction est approximativement parallèle à la première et de même nature, située à 2 centimètres au-dessus de la partie moyenne du pariétal gauche, et sous laquelle il est facile de reconnaître avec le doigt une fracture comminutive de l'os sous-jacent. En arrière, du même côté, à 3 cent. et séparée de la précédente par un intervalle de peau saine, on voit une troisième plaie ou entaille en forme de V, à pointe dirigée en dedans, et sous ce V une déchirure irrégulière verticale et festonnée, sous laquelle on sent des fractures multiples de l'os.

Plus en arrière encore, à 4 cent. de cette dernière, nouvelle plaie arrondie avec fracture sous-jacente. Du côté droit, on constate à 1 cent. au-dessus de l'oreille, une plaie presque transversale de 2 cent. 1/2 de longueur. Plus haut, sur une même ligne circonférencielle, autre plaie de 36^{mm} de caractères analogues. Chacune de ces deux dernières plaies en particulier ressemble en tous points aux blessures produites par une hache. Au-dessus de celles-ci et dans toute la région temporale droite, s'étend une vaste ecchymose sous-cutanée. Sur la face, au niveau de la partie saillante de l'apophyse malaire gauche, on remarque une ouverture circulaire de 6^{mm} 1/2 de profondeur, à bords un peu déchiquetés entourés d'une auréole rougeâtre et brunâtre et parcheminée, semblable en tous points aux blessures produites par des armes à feu. Immédiatement en avant de la partie moyenne du pavillon de l'oreille gauche, est située une ouverture circulaire analogue

et sans aréole, tandis qu'en arrière du lobule de la même oreille, nous remarquons une plaie à bords noirâtres à peu près semblable à celle de la joue.

A l'ouverture du crâne, nous constatons principalement, vers la moitié postérieure et sur les côtés de la voûte crânienne, un certain nombre de fractures à esquilles multiples perçues déjà pour la plupart à travers la peau. Un épanchement sanguin considérable est répandu sur toute l'étendue des méninges et le cerveau lui-même est fortement congestionné.

Une fois celui-ci enlevé, on constate facilement que les fractures de la voûte ci-dessus décrites se prolongent à la base jusqu'à la selle turcique, en imitant parfaitement à part les inégalités des os de la coupe anatomique du pharynx.

Enfin, un examen minutieux des différentes plaies permet de déterminer d'une manière certaine la nature de la plupart d'entre elles. Celle de la face, ainsi que nous l'avons signalé plus haut, semble avoir été produite par une arme à feu. En disséquant avec soin la région, nous avons trouvé, en effet, une balle exactement semblable à celles recueillies précédemment sur l'autre cadavre, situé en avant du sinus maxillaire gauche dont elle a fracturé comminutivement la partie. Malgré toutes les recherches faites à cet effet, il est impossible de retrouver un projectile correspondant à la plaie post-antérieure auriculaire. Quant à l'intérieur de la cavité bucale, il est complètement intact.

Parmi les autres plaies décrites sur la voûte du crâne, les unes ont dû être produites à l'aide d'un couteau, ce sont les plus petites et les plus régulières, et ne correspondant pas en général à une fracture de l'os sous-jacent.

Les autres, au contraire, plus longues et moins régulières ont amené de plus grands désordres et correspondent à des fractures multiples de l'os sous-jacent.

L'examen successif des différents organes contenus dans les cavités thoraciques et abdominales ne nous révèle rien de bien particulier, sinon une anémie considérable de la plupart

d'entre eux, qui s'explique fort bien par l'immense perte de sang produite par les horribles blessures faites à la tête. .

Seuls, les poumons présentent des traces de congestion, et l'on aperçoit sur le péricarde et sur le cœur de nombreuses taches de Tardieu miliaires.

CONCLUSIONS

Le rapprochement et la comparaison de ces deux examens cadavériques, la discussion des différents caractères qui y sont signalés et des faits qui y sont constatés, joints aux renseignements que l'enquête nous fournit, tout nous porte à croire qu'il s'agit là, à la fois, d'un meurtre et d'un suicide.

Comment l'un et l'autre ont-ils dû se produire ; autrement dit, comment peut-on expliquer, sinon d'une façon rigoureuse, du moins d'une manière tout à fait logique et vraisemblable, la scène qui s'est passée ? C'est ce que l'ensemble des données de l'art et le raisonnement des faits observés sur les corps des victimes va nous permettre de retracer brièvement de la manière suivante :

Et d'abord, sans préjuger la question de savoir lequel des deux a donné les premiers coups, nous pouvons, et de par les constatations de nombreuses blessures de nature différente sur les deux corps, et considérant, en outre, l'état des lieux, certifier qu'une lutte très vive s'est engagée entre Charles A. et la fille F. Selon toutes probabilités, A., homme fort et robuste aura terrassé la pauvre fille, et saisissant un couteau qui se trouvait sur la table où ils avaient pris peu de temps auparavant leur repas, lui en aura porté plusieurs coups sur la tête.

Les traces de ces coups ont d'ailleurs été retrouvées à l'autopsie sous forme de petites plaies linéaires régulières d'une faible longueur.

En se défendant d'une manière désespérée, Marguerite F. sera parvenue un moment à désarmer son adversaire, et aura cherché à son tour à le frapper avec le même couteau ; c'est

dans ce moment qu'elle aura été blessée au doigt de la main gauche en cherchant à parer les coups ; puis, maîtresse enfin de l'arme tranchante, elle aura frappé A. en différents points de la tête, ce qui explique naturellement les plaies linéaires parfaitement distinctes des ouvertures circulaires que nous avons remarquées sur le crâne de ce dernier.

Mais alors, A., rendu plus furieux encore par la résistance qu'on lui opposait et par les coups qu'il avait reçus, réussit sans doute à s'emparer d'une hache qui était à sa portée, et, se jetant de nouveau sur Marguerite, la frappa à coups redoublés. Ces coups, comme nous l'avons constaté, ont tous porté sur la tête, qu'ils ont fracturée en plusieurs endroits.

Le premier coup, à lui seul, a dû être mortel.

Ainsi, se trouve écartée la question d'homicide commis par la fille Marguerite.

Non content d'avoir ainsi assommé sa victime, A. aura tiré sur elle, de très près, deux coups de revolver pour l'achever. L'un de ces coups, comme le démontre l'examen, l'a atteinte au niveau de la joue en pénétrant assez profondément ; l'autre, en arrière de l'oreille gauche.

Ceci fait, le meurtrier, sans doute effrayé du crime qu'il venait de commettre, aura dirigé sur lui-même l'arme qu'il tenait encore à la main, et se sera déchargé successivement les quatre coups qui restaient.

L'examen cadavérique et les caractères des plaies nous permettent d'affirmer que les coups ont été tirés presque à bout portant, ce qui est en faveur de l'idée de suicide.

Cette tentative ayant échoué, A., animé de l'énergie du désespoir, ayant rechargé son arme, aura tiré encore sur lui-même quatre coups de revolver, toujours à bout portant.

Il nous est facile de démontrer qu'aucun de ces coups n'a été mortel. Huit projectiles ont été retrouvés sous le cuir chevelu, après dissection, mais aucun d'eux n'avait perforé les os du crâne et, par conséquent, les organes essentiels à la vie, à ce moment, étaient encore intacts.

Ne sachant plus que faire pour se détruire, A., laissant

là le revolver encore chargé de deux coups, ainsi que nous l'avons retrouvé, se rendit alors dans la chambre voisine où, attachant solidement une corde à l'un des crochets du placard, et se passant autour du cou un nœud coulant, il sera demeuré suspendu dans l'espace jusqu'au moment où le serrurier, enfonçant les portes, aura coupé la corde qui le serrait à la gorge.

L'examen des organes internes et en particulier l'état des organes respiratoires, peuvent seuls, indépendamment des blessures qu'il a reçues, expliquer la mort d'A.

Nous admettons donc que ce dernier a succombé à la mort par asphyxie déterminée par la pendaison.

OBSERVATION XIII

(Communiquée)

S. C., trouvé mort dans son domicile :

1° Cet homme n'a pas été vu par ses voisins depuis la veille; on a immédiatement pénétré dans sa chambre. Il était pendu à une tringle en fer tenant au plafond. Cette tringle en fer était à deux mètres du sol. S... avait dû monter sur une chaise; ses pieds touchaient à terre, les jambes étaient fléchies. On coupa aussitôt la corde et le corps fut déposé sur le lit;

2° C'est un homme de 53 ans, on dit qu'il avait des habitudes d'intempérance;

3° Le corps est habillé, mais sans veste; — les manches de la chemise sont relevées. Les pieds sont chaussés de pantoufles;

4° Les yeux sont entr'ouverts, les pupilles égales et de dilatation moyenne; la langue proémine de trois centimètres hors des arcades dentaires, et repose sur la lèvre inférieure

avec laquelle elle paraît confondue par une dessication parcheminée qui les recouvre toutes deux ;

5° La corde, du diamètre de 3 à 4 millimètres, a pénétré dans le cou où elle s'est creusée un profond sillon. Toutes les parties voisines, peau et muscles, forment autour et des deux côtés du sillon un bourrelet ; en haut et en arrière, près de la bosse occipitale, il y a là un bourrelet œdémateux du volume d'une mandarine et ressemblant à un lipôme. — Les bords du sillon sont très nets ; le sillon est circulaire ;

6° Il y a un peu de rigidité musculaire. — La putréfaction commence dans la fosse iliaque droite. Nous constatons une hernie inguinale de ce côté. — La verge est volumineuse, cela tient à la pendaïson prolongée : il y a un liquide qui s'est agglutiné au méat ;

7° Sur la peau des membres inférieurs, il y a des points noirâtres, comme la tête d'une épingle, c'est du purpura de déclivité ;

8° Il n'existe en aucune autre partie du corps des traces de violence.

OBSERVATION XIV

(Communiquée)

1° Le corps est celui d'un inconnu de 40 à 45 ans. Il a l'apparence d'un individu fort, robuste. Les cheveux grisonnent à peine, ils sont bruns. Il porte la moustache et la barbiche.

La face est un peu violacée surtout au front. Les pupilles ne sont pas dilatées. A la paupière supérieure et sous la conjonctive palpébrale surtout, on trouve un piqueté scarlatini-forme. La langue se trouve derrière les arcades dentaires. La muqueuse de la bouche est bleuâtre, mais sans ecchymoses. Les oreilles ne sont pas violacées, il n'y a pas d'écoulement par celles-ci. A l'avant-bras droit et à sa partie externe, des

tatouages consistant en un homme sauvage, une dame qui porte un bouquet, un amour portant un cœur, deux colombes portant un cœur, un napoléon en pied. A l'avant-bras gauche, un individu portant une canne et à côté une sirène;

2° La putréfaction commence dans la fosse iliaque droite. Par la pression du canal de l'urètre, on fait sortir un liquide blanchâtre. Rien aux cuisses, hors une écorchure faite après la mort. Il y a un ratatinement du quatrième orteil gauche. Pas d'ongle à la phalange. En arrière, rougeur violacée. A la partie postérieure du genou droit, une écorchure superficielle ;

3° A 5^{mm} au-dessus du cartilage thyroïde, on trouve une empreinte parcheminée superficielle qui descend à droite vers le milieu du cou, jusqu'au niveau de la saillie sterno-mastoïdienne ; de là, remonte jusqu'à la limite de la face latérale de la région, puis, par un trajet franchement circulaire, arrive jusqu'à la partie postérieure de l'apophyse épineuse, où alors, ce sillon se trouve distant d'à peu près 3 cent. de la racine des cheveux. Le sillon suit sur le côté gauche la même direction, et s'arrête brusquement à la limite postérieure du sterno-mastoïdien, où il se termine par une surface plus congestionnée, mais moins parcheminée. A la partie antérieure gauche, nous ne trouvons plus qu'un sillon tout à fait superficiel, pâle et blanchâtre qui, en décrivant une légère courbe, va rejoindre le cartilage thyroïde ; le sillon est parcheminé à la face antérieure droite, puis devient blanchâtre avec des bords carminés en arrière ; il en est de même à toute la partie postérieure du cou et au côté gauche ;

4° Sur la face latérale gauche et à 2 cent. du menton, à 4 cent. 1/2 du cartilage thyroïde, empreinte parcheminée, qui a été moins marquée à cause de la barbe qui se trouve en cette partie ;

5° L'individu s'est pendu avec une ficelle, un double jet de celle-ci attaché par un nœud à deux foulards pour la renforcer, et le nœud se trouvant sous le menton ;

6° Nous faisons une incision circulaire à la base du cou,

puis nous incisons, en allant du menton à la fourchette, de façon à tailler 2 lambeaux qui nous montrent les peauciers. A droite, pas d'hémorrhagie dans la peau et le peaucier. A gauche, dans le peaucier et dans le tissu cellulaire, on a des hémorrhagies qui nous montrent bien que le sang s'est épanché pendant la vie. Les sterno-mastoïdiens n'ont rien; à la partie inférieure du tendon, une petite hémorrhagie à gauche. La gaine de la carotide primitive gauche est plus injectée que la droite; de même pour le pneumogastrique. Dans les gaines de la carotide gauche, déchirure perpendiculaire à l'axe des vaisseaux, sur une longueur de 6^{mm}. Os hyoïde intact. En disséquant le trapèze, on trouve des hémorrhagies dans son épaisseur et à droite; dans les muscles des gouttières nouvelles hémorrhagies;

7° Hypérémie de la base de la langue et de l'épiglotte à la surface laryngienne et pharyngienne.

8° A l'ouverture du thorax, on trouve des tubercules en voie d'évolution, avec des signes de pleurite. Adhérénces dans presque toute l'étendue du poumon; ceux-ci sont congestionnés, il y a une sérosité abondante;

9° Pas de cavité péricardique; symphyse du péricarde.

10° Estomac: matière chyneuse d'où se dégage l'odeur d'alcool, un peu de rougeur de la muqueuse sur une étendue de 4 cmq;

11° Reins congestionnés ainsi que le foie qui est gras. Rate congestionnée;

12° Le cerveau n'est pas examiné.

OBSERVATION XV

(Personnelle)

Examen extérieur. — Le corps est celui d'un homme de 35 à 40 ans.

Au cou existe un sillon nettement circulaire, surtout bien

marqué sur les côtés et en arrière. Il a l'apparence d'un individu fort, robuste. Les cheveux grisonnant à peine sont bruns. La face est un peu violacée sur le front. Les pupilles ne sont pas dilatées. A la paupière supérieure et sur la conjonctive palpébrale surtout on trouve un piqueté scarlatiniforme.

La langue se trouve en arrière des arcades dentaires. La muqueuse de la bouche est bleuâtre, mais sans ecchymoses. Les oreilles ne sont pas violacées, pas d'écoulement par celles-ci.

A l'avant-bras droit et à sa partie externe on voit des tatouages représentant un homme sauvage et une dame qui porte un bouquet, un amour portant un cœur, deux colombes portant un cœur. A l'avant-bras gauche, un individu portant une canne, à côté une sirène.

La putréfaction commence dans la fosse iliaque droite. Par la pression du canal de l'urèthre, on fait sortir un liquide blanchâtre. Rien sur les cuisses, hormis une écorchure faite après la mort. Ratatinement du quatrième orteil du pied gauche. Pas d'ongle à la phalange.

En arrière, rougeur violacée.

A la partie postérieure du genou droit, une écorchure superficielle.

Examen du cou. — A 5 millim. au-dessus du cartilage thyroïde, on trouve une empreinte parcheminée, superficielle, qui descend à droite vers le milieu du cou, jusqu'au niveau de la saillie du sterno-mastoïdien, de là remonte jusqu'à la limite de la face latérale de la région, puis, par un trajet franchement circulaire, arrive jusqu'à la partie postérieure de l'apophyse épineuse où alors le sillon se trouve distend d'à peu près 3 centim. des cheveux. Le sillon suit sur le côté gauche la même direction, et s'arrête brusquement à la limite postérieure du sterno-mastoïdien où il se termine par une surface plus congestionnée, mais moins parcheminée. A la partie antérieure gauche, nous ne trouvons plus qu'un sillon tout à fait superficiel, pâle et blanchâtre, qui en décrivant une légère courbe va rejoindre le cartilage thyroïde.

Le sillon est parcheminé à la face antérieure droite, puis devient blanchâtre avec des bords carminés en arrière. Il en est de même à gauche et en arrière.

Sur la face latérale gauche, à 2 centim. du menton et à 4 cent. et demie du cartilage thyroïde se trouve une empreinte parcheminée, mais qui a été moins marquée à cause de la barbe qui se trouve en cette partie.

L'individu s'est pendu avec une ficelle, un double jet de ficelle attaché par un nœud à deux foulards pour le renforcer, le nœud se trouvant sous le menton.

Nous faisons une incision circulaire à la base du cou, puis une incision allant du menton à la fourchette, de façon à tailler deux lambeaux qui découvrent les peauciers.

À droite, pas d'hémorrhagie dans la peau et le peaucier.

À gauche, dans le peaucier et dans le tissu cellulaire on a des hémorrhagies qui nous montrent bien que le sang s'est épanché pendant la vie. Les sterno-mastoidiens n'ont rien. On voit seulement à la partie inférieure du tendon d'insertion une petite hémorrhagie du côté gauche. Au-dessous de l'os hyoïde à gauche il y a hémorrhagie.

La gaine de la carotide primitive gauche est plus injectée que celle de droite. De même pour la gaine du pneumogastrique. On trouve encore dans les gaines de la carotide primitive une déchirure perpendiculaire à l'axe du vaisseau sur une longueur de 6 milim. L'os hyoïde est intact.

En disséquant le trapèze, on trouve des hémorrhagies dans l'épaisseur de ce muscle à droite. Dans un des muscles des gouttières, à droite, autre hémorrhagie.

Hypérémie de la base de la langue et de l'épiglotte, à sa surface pharyngienne et laryngienne.

Examen des organes. — À l'ouverture du thorax, on trouve des tubercules en voie d'évolution, de la pleurite; adhérences, congestion du poumon, sérosité abondante. Pas de cavité péricardique. Il y a symphyse du péricarde.

Dans l'estomac, matière chymeuse d'où se dégage l'odeur d'alcool. Un peu de rougeur de l'estomac sur une étendue de 4 cent. carrés.

OBSERVATION XVI

(Personnelle)

Examen superficiel. — Le corps est celui d'un homme âgé de 35 ans à 40 ans. Les cheveux sont abondants et grisonnants. Les pupilles sont petites, la putréfaction envahit la face. Autour du cou, l'on voit un sillon très net que nous décrirons en détail plus loin. Sur les paupières, piqueté scarlatiniforme très net. Sur le thorax et principalement sur l'abdomen, signes de putréfaction très avancée. Sur les membres inférieurs, on aperçoit nettement le purpura ou piqueté bleuâtre rencontré assez souvent chez les pendus et qui prouve que l'individu s'est pendu vivant et est resté longtemps pendu. En arrière, rien de particulier. On constate seulement l'écoulement de matières fécales par l'anus.

Examen extérieur du cou. — En partant du côté gauche, à 4 travers de doigts au-dessous de l'oreille droite, nous suivons un sillon large de 11^{mm}, présentant au milieu une mince saillie, qui remonte après jusqu'au milieu du cou, à 2 travers de doigt au-dessus du cartilage thyroïde, en présentant toujours une crête médiane assez accentuée ; puis, de là, semble se diriger vers l'angle du maxillaire inférieur au-dessous duquel il offre une dépression ovalaire de 12^{mm} avec empreinte parcheminée longitudinale. A ce niveau, ce sillon devenu à peine visible, suit un trajet rectiligne jusqu'à 2 travers de doigt au-dessus de l'oreille droite. De là, il continue son trajet autour du cou, offrant à peu près la même largeur 1 cent. 1/2 en aspect parcheminé, une crête en son milieu, et rejoint à gauche le point d'où nous sommes partis.

Dissection du cou. — Immédiatement sous la peau, au niveau de l'empreinte du nœud, on voit une espèce d'usure de celle-ci ; sur le sterno-cléido-mastôidien, au même niveau, existe aussi une marque.

Des deux côtés, on trouve des suffusions sanguines à la partie inférieure des muscles sterno-cleïdo-mastoïdien, s'étendant au-dessus de la fourchette et de l'extrémité des clavicules, sur une longueur de 6 cent. Du côté droit, à l'insertion de l'omo-hyoïdien, sur la tête de l'os hyoïde, on voit aussi une petite extravasation de sang. Notons encore une congestion marquée sur la gaine des vaisseaux carotidiens des deux côtés.

Examen des organes. — La langue est légèrement congestionnée à sa base; les ligaments aryténo-épiglottiques et l'épiglotte sont très congestionnés. — On distingue une fracture au niveau de la pointe du cartilage thyroïde gauche. Il n'y a rien de particulier du côté du larynx.

Sur le cœur, on aperçoit des taches de Tardieu, disséminées à la pointe et à la base; on remarque aussi une légère injection sur la crosse de l'aorte. Rien aux valvules ni aux orifices.

Aux poumons, adhérences pleurales des 2 côtés à droite.

Estomac envahi par la putréfaction et présentant en 2 ou 3 places quelques ecchymoses.

CONCLUSIONS

1° Cet homme a succombé à la mort par asphyxie produite par pendaison ;

2° La mort est le résultat d'un suicide.

OBSERVATION XVII

(Communiquée)

M. Claude G., 64 ans, tisseur, pendu rue de Trion.

1° Les voisins nous racontent que cet homme était malade depuis quelque temps, et que plusieurs fois il avait manifesté

l'intention de se suicider. Nous voyons, en effet, qu'il a le faciès amaigri, et l'aspect d'un homme atteint d'une maladie chronique. Il s'était pendu à 2^m,50 du sol à une traverse de bois soutenant son métier, avec une petite corde de 3 à 4 millimètres de diamètre, plusieurs fois répétée autour du cou.

2° Sur celui-ci, nous trouvons un sillon très profond, nettement circulaire, et sur lequel se voient encore les jets de la corde. Ce sillon siège au-dessus du cartilage thyroïde; il est aussi marqué à droite qu'à gauche.

3° Les doigts sont cyanosés, les jambes violacées; la langue est derrière les arcades dentaires. Les pupilles sont dilatées, il n'y a pas de piqueté aux conjonctives.

4° En aucune partie du corps, nous ne trouvons de traces de violence.

OBSERVATION XVIII

(Personnelle)

Examen du corps du nommé D., trouvé pendu — Cet homme qui était en état de désertion fut arrêté et conduit au poste de Bellecour. Une demi-heure environ après sa séquestration, on le trouvait pendu à 2^m 50 du sol environ, à l'aide d'une petite corde dont il avait fait un nœud coulant autour de son cou, pendant que l'autre extrémité était attachée à un crochet en fer situé juste au-dessus d'un lit de camp, ce qui donne à penser que les pieds du sujet pouvaient reposer, au moins en partie sur ce plan solide, ce qu'on n'a pu malheureusement affirmer, les premières constatations ayant été faites après que cet individu était détaché.

EXAMEN EXTÉRIEUR

A première vue, nous constatons sur le cadavre des traces de putréfaction commençante, mais très peu accusée. La rigidité cadavérique persiste encore.

A la partie antérieure du corps, nous remarquons sur la cornée des deux yeux, deux larges ecchymoses, légèrement ponctuées et disposées symétriquement.

Les lèvres sont pâles, la langue est retirée en arrière des arcades, le pavillon de l'oreille offre une teinte violacée assez prononcée des deux côtés. Rien d'apparent sur le thorax ; nous notons seulement un commencement de coloration verdâtre sur l'abdomen, et de larges plaques violacées sur les flancs. Les organes génitaux congestionnés présentent aussi une teinte bleuâtre très accusée. Le bras et l'avant-bras n'offrent rien de particulier, mais les mains sont fortement cyanosées, tandis que les membres inférieurs, au contraire, nous paraissent beaucoup moins colorés, ce qui est d'ailleurs naturel, vu le court espace de temps pendant lequel le sujet est resté suspendu.

A la partie postérieure du corps, on trouve aussi de larges espaces bleuâtres. Nulle part, on ne constate de traces de violence.

Région du cou. — Sur le cou, nous remarquons la présence d'un sillon à direction sensiblement transversale, large de 4 millim., plus profond et plus parcheminé à droite et en arrière qu'à gauche et en avant, et situé juste au-dessus du cartilage thyroïde. Sa coloration est d'un jaune pâle, beaucoup plus nette à droite qu'à gauche. Dans tout son parcours les bords sont nettement congestionnés. Il est également très apparent en arrière, mais en arrivant sur la partie latérale gauche du cou, il tend à s'effacer peu à peu, et semble même disparaître complètement en un point situé juste au-dessous du lobule de l'oreille. La dissection de ce sillon et son aspect nous portent à croire que la pression la plus forte a porté surtout du côté droit, tandis que le nœud et le lien d'attache devaient se trouver à gauche.

En disséquant minutieusement la région du cou, on ne constate pas d'extravasations sanguines ni de déchirures musculaires dans les parties molles.

Le corps thyroïde nous paraît très volumineux et particuliè-

rement congestionné. Les vaisseaux carotidiens et leurs gaines présentent leur aspect normal. En ouvrant les artères, on ne voit pas de traces de ruptures de la tunique interne, ni d'infiltration spéciale. Le pneumogastrique semble également sain; néanmoins, l'énorme développement des ganglions cervicaux et la grosseur du corps thyroïde, nous font supposer que ce dernier a pu être assez facilement comprimé par la pression extérieure.

Le cartilage thyroïde est intact, mais du côté gauche on remarque, au niveau de la grande corne de l'os hyoïde, une fracture sous-périostée siégeant à sa face postérieure. La présence d'une ecchymose très apparente dans le tissu sous-périosté prouve évidemment que cette fracture a été faite pendant la vie.

La paroi postérieure du pharynx et toute l'arrière-gorge, sont le siège d'une congestion assez intense. L'ouverture supérieure du larynx, la trachée vue intérieurement, l'épiglotte et les replis aryténo-épiglottiques sont couverts d'un semis hémorragique très fin et d'arborisations vasculaires très serrées, d'un rouge intense.

Rien de particulier dans la région de la nuque, ni à la colonne vertébrale.

EXAMEN DES ORGANES

Cœur. — Le péricarde contient fort peu de liquide; le cœur, de volume normal, présente à sa face postérieure quelques taches de Tardieu assez fines. En l'ouvrant, on trouve un peu de sang liquide dans le ventricule gauche, et des caillots assez abondants dans le ventricule droit.

Poumons. — Les poumons sont à peu près sains; extérieurement les lobes inférieurs ont un aspect un peu violacé, tandis que les lobes supérieurs présentent une coloration pâle. A la coupe, ils présentent un léger degré de congestion et d'œdème.

Estomac. — L'estomac est rempli d'une bouillie alimen-

taire féculente ; la muqueuse est sillonnée de longues et nombreuses trainées brun-rougeâtres, beaucoup plus accentuées vers l'extrémité pylorique.

Foie. — Le foie est volumineux et extrêmement congestionné.

Reins. — Les reins uniformément colorés en rouge intense sont ceux d'un asphyxié.

Cerveau. — Le cerveau est absolument normal. Pas de signes de congestion.

OBSERVATION XIX

(*Personnelle*)

Autopsie de B..., trouvé pendu à un arbre, à 7^m,50.

La rigidité a complètement disparu, on a la sensation caractéristique d'un emphysème sous-cutané assez considérable, face pâle. On trouve quatre ecchymoses, situées de chaque côté à la partie inférieure de la cornée. La langue fait saillie entre les arcades dentaires. Rien de particulier à la poitrine, sinon des signes de putréfaction plus ou moins avancés ; l'abdomen est entièrement verdâtre. Les organes génitaux sont fortement violacés et légèrement tuméfiés ; il en sort un écoulement muqueux. Le dos et la région lombaire sont le siège d'un piqueté violacé irrégulier.

Les membres supérieurs sont très congestionnés aux extrémités (teinte bleu noirâtre).

Sillon et lésions du cou. — Le sillon est parcheminé, il affecte une direction transversale à la partie ombilicale, remontant en arrière et de bas en haut sur la ligne médiane, il est situé immédiatement au-dessus du cartilage thyroïde, à cet endroit il affecte la forme d'un bord large de près de 1 cent., d'où se détachent, immédiatement à la base, 3 empreintes arrondies, produites évidemment par le nœud du lien cons-

tricteur. Du côté gauche, le sillon affecte un aspect parcheminé, il a la forme d'une bande de 1 cent., au milieu de laquelle fait saillie une petite arrête seulement de ce côté. Il s'arrête à 1 cent. de la ligne médiane postérieure, à 7 c. au-dessus du pavillon. Du côté droit, il remonte moins haut. La bande bleuâtre qui le constitue semble s'étaler en arrivant au niveau de l'angle de la mâchoire où elle a près de 2 cent. de long.

En disséquant les différentes couches de la région du cou, on constate que la putréfaction est extrêmement avancée dans toute la partie molle de la région, ce qui rend l'examen très difficile. Il semble bien qu'il y avait une infiltration sanguine diffuse dans la gaine des gros vaisseaux.

Estomac. — L'estomac contient des matières digérées, mélangées d'eau, la surface est d'un blanc sale, on constate près du pylore un semis hémorragique.

Cœur. — Epanchement sanguinolent péricardique, surcharge graisseuse très modérée, ecchymoses péricardiques fines, siégeant surtout sur le bord droit et à la partie postérieure. Dans le cul-de-sac supérieur et à la partie postérieure, on en trouve également; ventricule gauche à peu près vide, arborisation vasculaire très fine de l'aorte ascendente.

Rien dans le ventricule droit. Pas d'adhérences pleurales.

Rien de particulier à noter du côté du larynx et des bronches. Os hyoïde également intact. La trachée présente surtout à la base des arborisations assez foncées et nombreuses.

Poumons. — Le poumon droit a ses deux lobes supérieurs et moyens colorés en vert-noirâtre. L'intérieur d'un rouge vif uniforme sans caractères spéciaux. Le lobe inférieur présente des taches de Tardieu à ses faces supérieures en assez grand nombre et un aspect congestif plus marqué. Poumon gauche, uniforme rouge et crépitant. Emphysème de putréfaction par place.

Reins. — Congestionnés, sans signe particulier.

Foie. — En état de putréfaction assez avancée, très crépitant, surnage dans l'eau.

OBSERVATION XX

(Communiquée)

F. L., suicidé par pendaison à l'aide d'une corde de 8^{mm} de diamètre attachée à un clou à son domicile :

1° Le corps est allongé sur le lit, les pieds touchant à terre, la rigidité musculaire l'a surpris dans cette attitude, il a du piqueté hémorrhagique sur les deux conjonctives. La langue noirâtre sort de la bouche, du sang s'écoule par la commissure labiale gauche. Le sillon est profond entre le cartilage thyroïde et l'os hyoïde. Il y a des vascularisations au-dessus du cartilage thyroïde. Le bourrelet supérieur est très épais. Le sillon est très nettement circulaire ; sauf en arrière, aucune apophyse épineuse ;

2° Les mains et les bras sont d'un brun noirâtre. Il existe un tatouage Z sur le bras gauche. Il n'existe pas aux membres supérieurs de purpura scarlatin, que l'on constate au contraire en grande abondance aux membres inférieurs. Il y a des matières fécales ; il est remarquable de constater que du sang est sorti par la verge, au méat, il y a un petit caillot sanguin, il est impossible de dire si cet homme avait une blennorrhagie, nous ne trouvons pas de taches spéciales sur la chemise. La putréfaction a commencé.

OBSERVATION XXI

Le corps est celui de J. D., âgé de 21 ans, soldat au 96^e de ligne, trouvé pendu dans la prison le 1^{er} juin, à l'aide de sa cravate nouée après son mouchoir. Ce soldat, d'après les renseignements fournis par le colonel, aurait témoigné déjà à

différentes reprises des signes évidents de monomanie, d'hypochondrie et d'aliénation mentale. Il avait le caractère sombre, s'accoutumait difficilement à la vie de régiment et était fréquemment puni.

Examen extérieur. — A première vue, nous remarquons que la face est pâle; les yeux sont ouverts, les pupilles assez dilatées; pas d'ecchymoses ponctiformes, ni sur les paupières, ni sur la conjonctive. Les oreilles sont violacées; par le nez et la bouche s'échappent une grande quantité de mucosités et matières alimentaires au moindre mouvement que l'on imprime au cadavre. Le cou, légèrement violacé en arrière et latéralement, présente un sillon en forme de fer-à-cheval que nous décrirons plus loin en détail; sur le reste du corps nous ne constatons rien de particulier. Notons seulement que la rigidité cadavérique persiste encore et que les extrémités des membres sont très congestionnées. C'est à peine si l'on remarque, au niveau de la fosse iliaque droite, une légère teinte verdâtre indiquant un commencement de putréfaction. Ecoulement de matières fécales. En arrière, rien de particulier.

Examen du cou. — Ces premières constatations établies, nous passons à l'examen détaillé de la lésion du cou que nous disséquons à cet effet soigneusement et couche par couche.

Et d'abord, nous apercevons sur la peau un sillon très net par place, beaucoup moins marqué dans d'autres, en général peu profond, d'une largeur moyenne de 7 à 8 millimètres, légèrement parcheminé, à teinte brunâtre, parsemé çà et là de traces ecchymotiques bleues et rougeâtres, généralement à formes linéaires. Il est situé en avant immédiatement au-dessus du cartilage thyroïde et se dirige ensuite, un peu obliquement, d'avant en arrière et de bas en haut, pour aller se perdre dans la région de la nuque, à la naissance des cheveux, environ à 1 centimètre et demi de la ligne médiane. La peau et le tissu cellulaire sous-cutané enlevés, on aperçoit, à gauche, dans la gaine du muscle sterno-cléïdo-mastoïdien,

deux extravasations sanguines assez considérables, siégeant à la partie moyenne de la région. On trouve également du même côté dans l'épaisseur du muscle sterno-hyôidien à sa partie inférieure deux petites ecchymoses à forme irrégulière. Il n'y a pas de rupture des fibres musculaires. Du côté droit, on constate aussi deux extravasations sanguines dans le muscle sterno-hyôidien, l'une très petite, située à la partie moyenne du cou ; l'autre, beaucoup plus considérable, située au voisinage des insertions sternales de ce muscle. Le corps thyroïde est volumineux, congestionné et présente à sa superficie quelques taches de Tardieu disséminées.

Il n'y a pas de lésion des cartilages du larynx. De chaque côté, à la naissance des vaisseaux carotidiens presque sous les clavicules, on voit un épanchement de sang considérable dans la gaine de ces derniers, ne remontant pas au delà du tiers inférieur de la région. Intérieurement, les artères paraissent saines. L'ouverture supérieure du larynx, l'épiglotte et la trachée présentent une teinte violacée et une injection vasculaire assez accusée. Enfin, du côté gauche, nous remarquons une fracture simple à la grande corne de l'os hyôïde, avec une ecchymose sous-périostée très nette indiquant que cette fracture a été produite pendant la vie.

Les cavités pleurales ne contiennent pas de liquide.

Les deux poumons paraissent sains extérieurement. Le poumon droit est un peu adhérent aux parois costales. A la coupe, on remarque, dans ces deux organes, une congestion assez marquée dans toute leur étendue, mais cependant beaucoup plus accusée aux lobes inférieurs. De plus, au bord externe du lobe inférieur du poumon gauche, on aperçoit quatre petites ecchymoses sous-pleurales très rapprochées.

Le cœur, recouvert à sa face postérieure de quelques taches de Tardieu ponctiforme, est entouré par un péricarde entièrement sain. Le ventricule droit renferme une proportion notable de sang noir liquide. L'aorte est saine ; pas de lésions d'orifices. L'estomac renferme une grande quantité d'aliments sous forme d'une bouillie liquide jaunâtre au sein de laquelle

on distingue des débris de légumes et d'aliments féculents et non digérés. La muqueuse stomacale est sillonnée de nombreuses lignes brunes et rougeâtres se détachant nettement.

Les reins et le foie sont très congestionnés.

Le cerveau, très volumineux, ne présente rien de particulier.

OBSERVATION XXII

(Personnelle)

Renseignements. — Cet homme, nommé P. E..., âgé de 64 ans, avait été arrêté le 30 juin, sous la prévention de vol de complicité avec sa concubine et avait fait des aveux complets à M. Morin, commissaire, aveux qu'il renouvela le 1^{er} juillet, à 6 heures du matin. On le trouva pendu à 7 heures environ; il n'avait pas été laissé seul plus d'une demi-heure.

Plusieurs médecins du quartier, appelés immédiatement, ne purent le rappeler à la vie. Cet homme était dans une cellule dont le mobilier se compose d'un lit de camp en bois, légèrement incliné, situé à environ 70 cent. du sol. Il se hissa jusqu'à une fenêtre située à proximité de ce lit, après s'être passé autour du cou un mouchoir lui appartenant. Il était suspendu en l'air, le nœud placé en avant, la tête dirigée un peu obliquement de haut en bas, d'avant en arrière et regardant en haut.

Examen extérieur. — Le corps est long de 1 mètre 74; la rigidité qui n'existe presque pas aux membres supérieurs est, au contraire, très accusée aux membres inférieurs; la face est un peu pâle avec quelques lividités, surtout sur les côtés; les oreilles sont violacées; les yeux ne présentent pas un pointillé bien net. On remarque seulement très bien, de chaque côté de la cornée, la tache scléroticale. La bouche est entr'ouverte et la langue située en arrière des arcades; le

cou nous présente un sillon plus ou moins apparent que nous étudierons plus loin en détail ; la partie supérieure du tronc au niveau de la région claviculaire, surtout, offre un certain nombre de taches bleuâtres ponctiformes se détachant sur un fond violet pâle et disparaissant là où cesse la lividité cadavérique ; la poitrine présente, au niveau du sternum, des traces d'application révulsives paraissant avoir été faites immédiatement après la mort. Sur les fosses iliaques, teinte verdâtre, légère de putréfaction commençante ; la verge et le scrotum sont très congestionnés ; le sujet est porteur d'une tumeur testiculaire à gauche, dans laquelle on trouve un liquide hématique brunâtre ; les membres inférieurs à leur partie antérieure ne présentent pas de traces de congestion, ni de lividité ; les ongles des orteils ne sont pas violacés.

Examen du cou. — De prime abord, on n'aperçoit pas sur la peau des sillons bien apparents. En regardant plus attentivement, on trouve en avant une ligne non parcheminée partant de l'angle du maxillaire inférieur gauche environ à deux centimètres au-dessous et descendant un peu obliquement jusqu'au niveau de la partie supérieure du cartilage thyroïde, passant ensuite transversalement au-dessus de ce dernier pour remonter ensuite d'une façon presque symétrique jusqu'à l'angle de la mâchoire droite. Chose particulière : de la partie supérieure et médiane du cartilage thyroïde se détache en allant de haut en bas et obliquement une autre ligne plus large de 8^{mm} et nettement parcheminée, qui descend dans une étendue de 5^{mm} environ sur le sterno-martôïdien droit et même en arrière de ce dernier, pour se perdre ensuite à la partie postérieure.

En arrière du cou, la trace du premier sillon, toujours peu marquée et même bien moins visible qu'en avant, s'étend presque transversalement de chaque côté de la ligne médiane dans une étendue de 4 à 5 centimètres.

La carotide droite également athéromateuse présente deux déchirures, la première située à 6 centimètres en dessous de la bifurcation et n'ayant que 4 millimètres de largeur ; la

deuxième placée à 3 centimètres $1/2$ au-dessous de la bifurcation et n'ayant que 3 millimètres. Ces déchirures visibles par transparence s'étendent dans l'épaisseur des tuniques internes et moyennes. Elles sont infiltrées de sang et ont des caractères vitaux très nets. L'épiglotte, les replis et la base de la langue, l'entrée des voies respiratoires présentent la teinte vineuse de congestion fréquentes chez les pendus. Le larynx ne présente pas de fractures.

EXAMEN INTÉRIEUR

Les plèvres offrent quelques adhérences molles aux poumons dans presque toute leur étendue. Le péricarde contient une petite quantité de liquide et à l'intérieur présente des signes de péricardite ancienne et nouvelle.

Le cœur est assez volumineux ; surcharge graisseuse ; il présente à sa face postérieure et à sa face antérieure, deux grosses plaques laiteuses anciennes.

Toute l'aorte ascendante est considérablement congestionnée et sillonnée d'arborisations vasculaires. Elle adhère au péricarde par sa face postérieure, et on voit à ce niveau des fausses membranes nouvellement fermées.

Le cœur gauche un peu hypertrophié contient du sang liquide en assez grande abondance. Le cœur droit contient deux ou trois cuillerées d'un sang spumeux à bulles très fines.

Les poumons un peu pâles extérieurement présentent dans beaucoup de points de la surcharge d'anthracosis. On remarque à la surface et surtout vers les bords des traces nombreuses d'emphysème. — A la coupe, on constate un état congestif très intense plus marqué aux lobes inférieure. On fait sourdre par la pression un liquide spumeux et rutilant. — En outre, dans le poumon gauche on remarque deux ou trois points de sclérose, et deux points crétacés.

L'estomac à peu près vide, nous présente une surface intence mamelonnée avec arborisations rougeâtres très foncées et nombreuses : par places quelques îlots de piqueté aggloméré de carmin.

Les reins très congestionnés sont kystiques.

Le foie un peu congestionné renferme un liquide spumeux.

La dure-mère est très épaisse adhérente. Encéphale non congestionné.

CHAPITRE IV

Statistique de la Pendaison

Le *précis de Médecine judiciaire* de M. le professeur Lacassagne, l'ouvrage sur le *Suicide de Morrelli*, les comptes rendus de la justice criminelle en France nous fournissent des renseignements intéressants sur la pendaison.

Dans l'acte du suicide, il semble, que le choix du procédé de destruction soit sous la dépendance absolue de l'individu. Cependant, il n'en est rien, et dans les collectivités humaines, soumises à des influences physiques et morales à peu près semblables, il y a des causes de déterminisme auxquelles obéit le suicidé, et qui se montrent avec la régularité que l'on constate dans les phénomènes sociaux.

Voici, pour la France, les nombres moyens annuels de pendaison, par période quinquennale de 1836 à 1880.

1836 à 1840	782
1841 à 1845	984

1846 à 1850	1.191
1851 à 1855	1.326
1856 à 1860	1.635
1861 à 1865	1.981
1866 à 1870	2.282
1871 à 1875	2.318
1876 à 1880	2.689

Jusqu'en 1845, le nombre des submersions était supérieur à celui des pendaisons ; depuis cette époque celles-ci les ont dépassées. A partir de 1851, la pendaison devient le procédé le plus fréquent de suicide, la progression est croissante et à l'heure actuelle, la pendaison constitue plus du tiers des suicides annuels.

La submersion, qui fournissait, il y a 40 ans, le 33 0/0 de suicide, n'en donne plus actuellement que 29 0/0. La pendaison, de 1836 à 1840, n'était employée que 20 fois sur cent., elle est actuellement préférée 43 fois sur cent. L'homme a plus souvent recours à la pendaison que la femme : 46 0/0 au lieu de 30 0/0.

L'influence du climat, de la race, du sexe, de l'âge, de la profession a été parfaitement étudiée par Morselli.

En Italie, la pendaison ne vient qu'après la submersion et les armes à feu. En Prusse, en Bavière, la pendaison est en première ligne.

Dans presque toute l'Europe, et particulièrement en France, il y a une progression manifeste des cas de pendaison. C'est ce que constate le professeur de Turin pour la Suède, la Norvège, le Danemarck, la Saxe, la Bavière, le Duché de Bade, l'Angleterre

Le contraire se montre en Autriche et dans le Wurtemberg, et le choix de la corde reste à peu près stationnaire en Italie et en Prusse.

La race slave est celle qui emploie le plus souvent la pendaison. Celle-ci semble être partout en raison inverse de la submersion, aussi si cette dernière est rare chez les Russes, on voit la pendaison être préférée dans les quatre cinquièmes des suicides. « Il est curieux de constater que la race slave offre une caractéristique spéciale dans le grand nombre des pendaisons. Ainsi, la Transylvanie et la Galicie montrent pour la corde la même prédilection que les Russes. Les Slavo-Croates, des confins militaires de l'Autriche, paraissent faire exception, mais cela s'explique par le caractère guerrier de ces peuplades, d'où la substitution des armes à feu à la corde.

Dans presque toute l'Europe, la pendaison est préférée ; n'est-ce pas à cause de la facilité de ce procédé économique ? La pendaison augmente surtout en Danemarck où la dernière proportion est même supérieure à celle de la Russie.

Pour les Scandinaves, les suicides par suspension dépassent ceux des Allemands, des Anglais, des Celto-Latins, excepté en Suède où l'empoisonnement s'élève jusqu'au tiers des suicides. La proportion des pendaisons est presque uniforme parmi les peuples germaniques ; plus forte en Saxe, plus faible dans le Nassau et en Bavière. En Belgique, l'élément allemand s'accuse par une prédilection pour la corde plus accusée que celle que montre, dans le même milieu, l'élément français.

Après l'influence des climats et des races, il faut signaler celles des saisons et des différentes périodes de la journée.

Si les noyades se montrent plus nombreuses pendant les mois chauds de l'été, la pendaison et les empoisonnements sont préférés pendant les mois froids. Cependant, en France, dans ces dernières années, le trimestre juin, juillet, août, est le trimestre des pendus. On a de même noté que les pendaisons sont plus fréquentes de 5 heures du matin à 7 heures du soir, et qu'elles se montrent très rarement la nuit.

L'influence de certaines conditions sociales, celle de la vie urbaine, par exemple, n'est pas moins remarquable. Ainsi, il existe, pour la pendaison, de très grandes différences entre les Etats. A Paris, Milan, Rome, Turin, New-York, Genève, les cas de pendaison sont assez rares, tandis que l'on compte un plus grand nombre de suicidés par des procédés moins vulgaires, pour ainsi dire plus civilisés, tels que : l'arme à feu, l'empoisonnement, l'asphyxie par le charbon.

D'après la statistique faite par M. le professeur Lacassagne sur les registres de la Morgue de Lyon, de 1854 à 1880, il y a eu 917 noyés (accidents et suicides compris), pendant le même temps, 67 cadavres de pendus ont été apportés dans cet établissement.

Morselli fait encore remarquer que la corde est moins en usage à Saint-Pétersbourg que dans le reste de l'empire russe ; il en est de même à Copenhague,

où on constate moins de pendus que dans les autres parties du Danemark. Au contraire, Stockholm fait exception et la proportion des pendus est égale à celle qui est trouvée pour le reste de la Suède.

Dans tous les pays, la pendaison est surtout préférée dans les campagnes.

Il y a encore à tenir compte des influences biologiques ou individuelles, telles que le sexe, l'âge, la profession, l'état civil, etc. Les premières sont certainement les plus importantes et les mieux connues. C'est ainsi que les habitudes de vie, la sensibilité, la délicatesse, l'éducation de la femme lui donnent dans tous les pays un choix spécial pour les procédés de suicide. Aussi l'eau, le poison, tiennent toujours un rang beaucoup plus élevé que dans le suicide des hommes.

C'est ce qui a été établi par les statistiques françaises (Blanc, Lisle, Legoyt); prussiennes (Wagner, Ettinger, Engel, Guttstadt); danoises (Kayser); saxonnes (Bohmert); anglaises (Farr); suédoises (Silgestrom). En Italie, d'après Morselli, presque la moitié des femmes et environ le quart des hommes emploient la submersion. La pendaison se présente à peu près dans la même proportion pour les deux sexes. Sauf, cependant en Vénétie, où les hommes montrent une telle préférence pour la corde que Morselli se demande si on ne peut voir dans cette disposition générale, un effet d'atavisme : les Vénitiens ayant un lien ethnologique bien connu avec la race slave qui, comme nous l'avons dit plus haut, emploie surtout la pendaison.

Dans tous les pays, la femme montre, dans les procédés de suicide qu'elle emploie, son individualité psychique ; elle préfère la submersion (sauf peut-être en Russie), elle répugne à l'emploi des armes à feu, à l'usage des moyens violents. L'homme, au contraire, emploie surtout la corde ; ainsi, les Français de nos jours, les Danois, les Wurtembergeois, les Autrichiens, les Russes, et pour ces derniers, leur nombre est à peu près égal à celui des femmes. En Italie, en Belgique, en Suisse, les hommes emploient surtout la submersion, pour les Slavo-Croates d'Autriche, ce sont les armes à feu qui sont à la tête de la liste.

Au point de vue de l'âge, citons les résultats statistiques suivants : d'abord, ceux de David et de Wagner, en Danemarck ; les hommes au-dessous de 15 ans préférèrent la pendaison et les femmes la submersion (71 %) : entre 15 et 20 ans, les hommes emploient la pendaison (72 %), les femmes la submersion (65 %). Ces tendances, dans les deux sexes, diminuent dans les mêmes proportions entre 20 et 30 ans.

Quand les hommes se pendent moins, ils se noient et le maximum de la submersion pour eux se montre entre 45 et 50. Dans l'âge avancé, les vieillards emploient la corde, même plus que les enfants (91 %).

Il est remarquable de voir que les Danoises montrent le maximum de la submersion jusqu'à 30 ans ; puis après, la pendaison l'emporte jusqu'à l'âge de 70 ans.

Ainsi que le fait remarquer Morselli, après Guerry,

les relevés des suicides à Paris et en France montrent que chaque âge emploie des procédés particuliers ; les adolescents se pendent, les jeunes hommes préfèrent les armes à feu, se brûlent la cervelle. Quand l'âge affaiblit les forces, les Français retournent à la pendaison qui devient, vers la fin de la vie, le procédé le plus fréquent.

Les enfants anglais emploient la pendaison, les jeunes filles anglaises la submersion. Puis ces tendances diminuent : chez les hommes, se montre l'emploi de la submersion, des armes à feu, des poisons. Chez la femme anglaise, la propension à l'eau est en rapport inverse du nombre des années ; après 35 ans, elle adopte de plus en plus la pendaison, et après 65 ans, dans les deux sexes, ce dernier procédé est également employé.

En Suisse, le jeune homme au-dessous de vingt ans se pend (58 %), avec les progrès de l'âge, l'emploi de la corde se fait plus fréquent ; chez les hommes, entre 30 et 60 ans, il est de 50 % ; après 70 ans, il est de 68 %. Chez les vieilles femmes, c'est l'unique moyen de suicide.

Quelle peut être l'influence du milieu social ?

Nous avons déjà dit que la pendaison était plus fréquente dans les campagnes. Ajoutons que l'esprit de caste des classes sociales se fait aussi sentir sur l'adoption de tel ou tel procédé de suicide.

Dans les classes élevées, la pendaison est jugée un moyen trop vulgaire, trop bas : on fait usage du pistolet, du poison, du poignard. L'instinct de la vanité le fait rechercher comme une satisfaction pos-

thume. Ainsi, en Danemark, d'après David et Wagner, les professions militaires, libérales, présentent le minimum des pendaisons. Le maximum se montre parmi les détenus, les paysans.

Dans sa thèse, faite l'an dernier, au Laboratoire de Médecine légale, le docteur Mesnier a montré que dans les suicides de l'armée française, la pendaison ne vient qu'en seconde ligne (28 %), le maximum étant pour les armes à feu (49 %).

Terminons par une citation de Morselli, qui a présenté la plupart de ces résultats dans son livre, si remarquable, sur le suicide.

On sait que les jeunes hommes préfèrent les armes à feu à l'asphyxie, le poignard à la corde et à l'eau, et on n'ignore pas que pour eux l'amour est la cause la plus fréquente du suicide. Il semble donc que Wagner a eu raison de dire qu'il y a une relation entre l'idéalité des motifs et le choix des moyens, l'élévation des sentiments et l'emploi des instruments les plus romanesques, des procédés qui semblent les plus nobles ou les plus dignes pour quitter la vie. C'est ainsi qu'en Saxe, où la statistique a relevé ces données, aux motifs les moins élevés correspondent aussi les moyens les plus ignobles. La corde est choisie par des individus fatigués de la vie, par des malheureux, des alcooliques ; dans l'eau terminent leurs jours ceux qui ont eu des souffrances domestiques. Un moyen douloureux, et qui exige une détermination rapide, est surtout le fait des suicidés-fous. Les armes à feu et le poison sont des moyens tragiques, sentimentaux ; ils appartiennent à l'amour contrarié,

à la jalousie, aux dissensions domestiques, aux affaires embrouillées.

Ces curieux résultats statistiques devaient trouver leur place dans une étude sur la pendaison, c'est-à-dire sur le procédé de suicide qui est, en France, comme ailleurs, de beaucoup le plus fréquent.

CONCLUSIONS

1° L'histoire de la pendaison réunie autrefois à celle de la strangulation et de la suffocation doit actuellement être distinguée des autres genres d'asphyxie.

2° La mort dans la pendaison est excessivement rapide ; elle ne doit pas être attribuée à l'asphyxie seule ou à toute autre cause spéciale considérée isolément, mais bien à un ensemble de causes qui agissent simultanément sur l'organisme et ses principales fonctions, en frappant du même coup la respiration, la circulation et le système nerveux.

3° Les signes de la mort par pendaison doivent être tirés à la fois des circonstances qui l'ont accompagnée, précédée ou suivie ; de l'examen extérieur du corps et en particulier de la région du cou, et de l'exa-

men des principaux organes internes, spécialement des voies respiratoires.

4° Les statistiques démontrent qu'en Europe ce procédé de suicide tend à devenir de plus en plus fréquent. L'influence du climat, de la race, du sexe, de l'âge, de la profession, du milieu social, etc., se montre dans le choix de ce procédé de suicide.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES

Anatomie générale et histologie. — Tissu musculaire lisse et strié.

Physiologie. — Suc gastrique. — Digestion stomacale.

Physique. — Mécanique des mouvements des yeux.

Chimie. — De l'acide phosphorique et des phosphates.
— Compositions. — Propriétés. — Caractères distinctifs.

Zoologie et anatomie comparée. — Du tænia échinococcus : ses transformations, ses migrations.

Matière médicale et botanique. — Décrire les diverses sortes de quinquinas. — Décrire les diverses sortes d'inflorescences.

Pathologie externe. — De la classification des kystes.

Pathologie interne. — Entérite et dysenterie.

Thérapeutique. — Du chloroforme.

Hygiène. — Du travail dans l'air comprimé et de ses effets sur l'organisme.

Accouchements. — De l'inertie utérine pendant le travail de l'accouchement.

Pathologie générale. — Des syndrômes en général.

Ophthalmologie. — Des moyens de reconnaître l'hypermétropie et de la corriger.

Médecine opératoire. — De l'anévrisme poplité. Indications, et moyen de les remplir.

Anatomie. — De la choroïde et de l'iris.

Maladies cutanées et syphilitiques. — Des abcès péri-uréthraux dans la blennorrhagie.

Anatomie pathologique. — Des inflammations parenchymateuses proprement dites.

Médecine légale. — Déterminer l'époque à laquelle remonte un accouchement.

Médecine expérimentale et comparée. — De la contagion de la teigne faveuse des animaux domestiques à l'homme.

Cliniques médicales. — Des anémies graves. —
Traitement de la pleurésie purulente.

Cliniques chirurgicales. — Des polypes naso-pharyngiens et de leur traitement ; de la rétention d'urine par engorgement de la prostate.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Président de Thèse,

A. LACASSAGNE.

Vu : *Le doyen,*

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur,

EM. CHARLES.

